

**UNIVERSITÉ DE BORDEAUX**

**FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE**

**ANNÉE 1907-1908**

**N° 95**

**UNE**

**COMPLICATION POST-OPÉRATOIRE DE L'APPENDICITE**

# **LES ADHÉRENCES PÉRITONÉALES**

**CONSÉCUTIVES**

**A L'APPENDICECTOMIE**

**THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 20 Mars 1908

**PAR**

**Marie-Charles-René CAZAILLET**

Né à Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), le 5 Juillet 1884

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

LAURÉAT DES HOPITAUX :

*Médaille de bronze 1906; Médaille de bronze 1907*

|                          |   |                |                  |           |
|--------------------------|---|----------------|------------------|-----------|
| Examineurs de la Thèse : | { | MM. LANELONGUE | professeur.      | Président |
|                          |   | BOURSIER       | professeur.      | Juges     |
|                          |   | BÉGOUIN        | agrégé . . . . . |           |
|                          |   | PERY           | agrégé . . . . . |           |

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.**

**BORDEAUX**

**IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C<sup>ie</sup>**

**139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert**

**1908**







UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 95

UNE

COMPLICATION POST-OPÉATOIRE DE L'APPENDICITE

# LES ADHÉRENCES PÉRITONÉALES

CONSÉCUTIVES

A L'APPENDICECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 20 Mars 1908

PAR

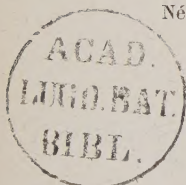
**Marie-Charles-René CAZAILLET**

Né à Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), le 3 Juillet 1881

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

LAURÉAT DES HOPITAUX :

*Médaille de bronze 1906; Médaille de bronze 1907*



Examineurs de la Thèse :

|   |                |             |           |
|---|----------------|-------------|-----------|
| { | MM. LANELONGUE | professeur. | Président |
|   | BOURSIER       | professeur. | Juges     |
|   | BÉGOIN         | agrégé..... |           |
|   | PERY           | agrégé..... |           |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C<sup>ie</sup>

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1908

M. PITRES..... Doyen | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire

|                 |   |                         |
|-----------------|---|-------------------------|
| MM. DUPUY ..... | } | Professeurs honoraires. |
| MASSE .....     |   |                         |

PROFESSEURS ADJOINTS :

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

|                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| MM. MONGOUR<br>CABANNES<br>VERGER | MM. ABADIE<br>CRUCHET |
|-----------------------------------|-----------------------|

|                    |   |             |   |               |   |                |
|--------------------|---|-------------|---|---------------|---|----------------|
| Pathologie externe | { | MM. BÉGOUIN | { | Accouchements | { | MM. ANDÉRODIAS |
|                    |   | VENOT       |   | PERY          |   |                |
|                    |   | GUYOT       |   |               |   |                |

|                    |                         |                     |                         |
|--------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|
| Anatomie . . . . . | { MM. GENTES<br>CAVALIÉ | Physiologie . . . . | MM. GAUTRELET<br>BEILLE |
|                    |                         | Histoire naturelle  | {<br>MANDOUL            |

|             |           |                |                       |
|-------------|-----------|----------------|-----------------------|
| Chimie..... | M. BENECH | Pharmacie..... | { MM. BARTHE<br>LABAT |
|             |           |                |                       |

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Pathologie interne ..... | MM. RONDOT |
| Accouchements .....      | PERY       |
| Physiologie .....        | GAUTRELET  |
| Ophthalmologie .....     | LAGRANGE   |
| Clinique dentaire .....  | CAVALIÉ    |

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE BIEN-AIMÉS

Je dédie cette thèse. Faible témoignage de ma  
profonde affection et de ma reconnaissance  
infinie.

---

A MON CHER PAUL

20 Mars 1908.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGEY

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LANELONGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## CHAPITRE PREMIER

---

### HISTORIQUE

Née d'hier, la question de l'appendicite a été à l'ordre du jour dans les sociétés médicales ou chirurgicales du monde entier. Depuis une vingtaine d'années, les opérations se sont multipliées, les publications se sont succédé vraiment innombrables dans tous les pays : les formes cliniques, les points essentiels de l'anatomie pathologique et de la pathogénie se sont dégagés peu à peu en même temps que se précisaient les indications thérapeutiques.

Certes, il existe encore des divergences d'opinion, mais on peut considérer l'accord comme parfait sur les points principaux. Médecins et chirurgiens sont, par exemple, unanimes à déclarer que toute appendicite nettement diagnostiquée doit être opérée, car seul le traitement chirurgical met à l'abri des récidives. Et nombreux sont les chirurgiens qui, au cours d'une laparotomie pour intervention extra-appendiculaire, vérifient l'état du vermium et l'enlèvent s'ils y constatent des traces d'inflammation. L'opérateur sait, en effet, que s'il a pu intervenir assez tôt, le malade est presque toujours sauvé, et la guérison complète, sauf quelques cas, est le résultat de l'intervention.

Tout n'est pas dit néanmoins quand on a opéré une appendicite et le malade guéri momentanément, quant à la vie, peut présenter consécutivement à l'opération des accidents de plusieurs ordres.

Etant donné le grand nombre d'appendices enlevés, on connaît bien aujourd'hui les multiples complications post-opératoi-

res de cette intervention : complications banales de toutes les laparotomies, ou complications spéciales, complications immédiates ou éloignées ont depuis longtemps retenu l'attention des chirurgiens. Péritonite aiguë, occlusion intestinale, longue suppuration, phlébite, abcès secondaires, pleurésie, fistule, éventration, salpingite, parotidite, méningite, abcès à distance dans le foie, le rein, la rate, le poumon et le cerveau, tout a été décrit en de nombreuses publications, depuis qu'on s'est mis à opérer systématiquement les inflammations de l'appendice.

Et cependant il a fallu arriver jusqu'à ces dernières années pour qu'on s'occupât, probablement parce qu'elles sont moins bruyantes, des complications présentées par ces malades, qui continuaient à souffrir de la fosse iliaque droite ou chez qui apparaissaient des phénomènes d'obstruction ou de subobstruction intestinales après ablation de leur appendice.

Sans doute, ces crises douloureuses post-opératoires étaient connues, parce qu'assez fréquentes chez les malades pour lesquels l'intervention s'était bornée à la simple incision, et nécessitaient alors l'ablation secondaire de l'appendice ; mais pour les cas traités d'emblée par l'appendicectomie, le premier travail d'ensemble que nous trouvons sur la question est l'article de M. le Dr DUVERGEY dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, du 2 décembre 1906.

Quelques auteurs avaient cependant avant lui publié des observations se rapportant à notre sujet. Dans sa thèse inaugurale sur les « difficultés de l'appendicectomie et les accidents consécutifs », KOUINDJY, en 1898, signale que « dans quelques cas l'appendicectomie peut être une opération qui n'est nullement définitive ; les malades peuvent être atteints d'une appendicite récidivante, malgré l'ablation ou l'amputation spontanée de l'appendice vermiciforme. »

La même année, et dans sa thèse de doctorat, COCHOT parle de « récidives vraies » se produisant dans les cas traités par l'incision simple et de « récidives fausses », le malade continuant à se plaindre de douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs ne pouvant être rapportées à l'appendice, celui-là ayant été

détruit chirurgicalement ou spontanément. Et l'auteur rapporte des cas de TUFFIER, DEMOULIN, RICHELOT et QUÉNU.

En 1899, dans son intéressant travail sur les épiploïtes au cours des appendicites, LEVREY constate que « certains malades opérés d'appendicite continuent à présenter des symptômes douloureux après l'appendicectomie ». Il attribue la persistance de ces phénomènes à l'existence probable de poussées d'épiploïte.

COITIER, inspiré par M. BROCA, consacre sa thèse à l'« avenir des appendiculaires » ; nous y trouvons deux observations intéressantes que nous rapportons plus loin. La même année, étudiant les complications post-opératoires de l'appendicite, BÉRA cite comme telles les fausses récidives et occlusions intestinales vraies dues aux adhérences et aux brides qui se sont formées autour de l'anse iléo-cæcale.

Puis c'est l'observation publiée par SCHNITZLER en 1900 dans la *Wiener klinische Rundschau*.

SCHWARTZ rapporte à la Société de chirurgie de Paris, en 1902, un cas un peu spécial mais instructif au point de vue pathogénique.

Plus près de nous, en 1905, SIR LANDER BRUNTON signale bien, à la Société royale médicale et chirurgicale de Londres, la persistance de douleurs chez les appendiculaires après résection du vermis, mais il les attribue uniquement à la colite chronique.

PLETNEV et MINTZ ont eux aussi observé ces cas de « pseudo-appendicite consécutive à l'appendicectomie » et caractérisée par l'apparition de nouvelles douleurs dans la fosse iliaque, de la constipation et une altération de l'état général. Ils rapportent ces phénomènes à l'existence d'adhérences post-opératoires, pour la destruction desquelles ils ont pratiqué une seconde laparotomie amenant la guérison de leurs malades.

Enfin, la thèse de GROUEW (1906) sur les occlusions intestinales appendiculaires renferme plusieurs observations d'occlusion post-opératoire dues à M. MARION ou rapportées par BROCA dans ses *Leçons cliniques de chirurgie infantile*.

Depuis la publication de M. DUVERGEY, LORENZ signale, à la

Société impéριο-royale des médecins de Vienne, que trois fois il a rencontré des occlusions intestinales survenant après résection du vermis, et M. CHARRIER, chef de clinique de M. le Professeur LANELONGUE, présente à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, l'observation d'un malade à qui son maître pratiqua l'appendicectomie et qui revint dans le service quelques mois plus tard pour des phénomènes d'occlusion intestinale.

Ainsi, les faits sur lesquels nous appelons aujourd'hui l'attention sont nouveaux, mais n'étaient point inconnus avant notre travail. « Ces ças sont rares encore, écrivait Kouindjy à la fin de son ouvrage, mais nous avons l'espérance qu'une fois mis à l'index ils ne manqueront pas d'être étudiés ». Il n'en a rien été, ou presque; et cependant nombreux ont dû être les malades présentant après leur opération les troubles qui nous occupent: les faits étant mal connus, les phénomènes douloureux ou obstructifs ont pu être rapportés à d'autres causes. Peut-être, se basant sur leur persistance, certains ont-ils accusé les opérateurs d'erreur de diagnostic, et parmi les « balafrés de Plombières et de Châtelguyon », sur lesquels le professeur Dieulafoy appela si bruyamment l'attention à la tribune de l'Académie de médecine, peut-être se trouve-t-il des cas pathologiques se rapportant à notre sujet? C'est ce que nous aurons à nous demander plus tard.

Nous allons d'abord étudier les observations que nous avons pu rassembler. Nous arriverons ainsi à attribuer les phénomènes présentés par nos malades à des adhérences péritonéales, dont nous fixerons l'anatomie pathologique.

Pour mieux comprendre la pathogénie des symptômes, nous consacrerons un chapitre à l'étude des adhérences péritonéales en général, post-inflammatoires et post-opératoires, avec les troubles douloureux et fonctionnels qui les accompagnent.

Nous essaierons d'établir dans les chapitres suivants :

La symptomatologie;

L'étiologie des adhérences et la pathogénie des symptômes qui traduisent leur existence ;

L'évolution et le pronostic ;

Enfin le diagnostic et le traitement.

Mais, avant d'aborder cette étude, nous ne saurions manquer à un devoir aussi agréable que celui de dire aux Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux qui se sont dévoués pour notre éducation médicale toute notre reconnaissance pour leur précieux enseignement, et le regret que nous avons de les quitter.

M. le Dr Monod et M. le Dr Courtin ont conduit nos premiers pas dans la carrière chirurgicale ; puis nous avons eu la bonne fortune d'être initié aux difficultés de la médecine par M. le Professeur agrégé Rondot et M. le Professeur Arnozan dans le service desquels nous avons été stagiaire. Que ces Maîtres, auxquels nous devons le fonds de notre instruction médicale, nous permettent de réunir ici leurs noms dans un même sentiment d'affectueuse reconnaissance.

M. le Professeur Lanelongue a bien voulu nous accueillir comme externe dans son service, où nous avons passé une année inoubliable, pendant laquelle nous avons pu profiter de son enseignement clinique si élevé, et que, soit au lit du malade, soit à l'amphithéâtre nous avons pu admirer la grande science du Maître éminent dont nous sommes fier d'avoir été l'élève. M. le Professeur Lanelongue nous fait aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il nous permette de lui exprimer toute notre gratitude pour cette nouvelle marque de bienveillance.

Nous avons accompli notre seconde année d'externat dans le service de M. le Professeur Picot, à qui nous témoignons bien sincèrement toute notre reconnaissance pour sa grande bonté et pour les excellents enseignements pratiques qu'il n'a cessé de nous prodiguer. Pendant cette année, nous avons passé auprès de M. le Professeur agrégé Verger quelques semaines bien vite écoulées qui compteront parmi les plus agréables de notre vie d'étudiant, et depuis notre stage à la Clinique d'accouchements M. le Professeur agrégé Fieux nous a maintes fois donné les marques de sa haute sympathie ; nous en avons été profondément touché.

Nous avons pu terminer nos études à l'hôpital des Enfants : nous avons complété nos connaissances de chirurgie infantile et d'orthopédie dans le service de M. le Professeur agrégé Princeteau, dont l'amabilité nous a permis de suivre les visites et consultations si instructives de M. le Professeur Moussous et de M. le Professeur agrégé Lagrange.

Pendant quelque temps, nous avons eu comme chefs de service M. le Professeur agrégé Chavannaz et M. le Professeur agrégé Mongour ; nous leur sommes, ainsi qu'à M. le Professeur agrégé Bégouin, très reconnaissant de leurs excellents conseils et de leur sollicitude.

M. le Dr Duvergey, chirurgien des hôpitaux, a été l'inspirateur de ce travail ; il a bien voulu nous aider de ses conseils et nous prodiguer ses encouragements, nous ne saurions trop l'en remercier.

Enfin nous adressons un adieu ému aux camarades qui voudront bien nous témoigner quelque sympathie, et nos amis savent quel affectueux souvenir nous leur garderons toujours.

---

## CHAPITRE II

---

### OBSERVATIONS

#### OBSERVATION I

(M. DUVERGEY, chirurgien des hôpitaux, *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 2 décembre 1906)

J. M..., âgée de trente-deux ans, entre le 10 mars 1904 dans le service de M. le Professeur Lanelongue, salle 8, lit 10, parce qu'à la suite d'une appendicectomie, pratiquée en 1902, elle continue à éprouver des douleurs dans la fosse iliaque droite.

Elle a eu une première crise appendiculaire en mai 1902, d'une durée de huit jours; une seconde, plus violente, avec fièvre, vomissements, en juin 1902 qui nécessita son entrée à l'hôpital, salle 8. Elle fut soumise durant cette crise au traitement médical et opérée une dizaine de jours après le refroidissement.

L'appendice fut réséqué après une recherche laborieuse; un foyer purulent fut ouvert et drainé. Pendant une dizaine de jours, le drain donna issue à du pus; le quinzième jour il fut enlevé; la plaie guérit au bout d'un mois. Depuis l'époque où elle a quitté l'hôpital, la malade n'a pas cessé de souffrir de sa fosse iliaque droite, qui est restée le siège de tiraillements, de lancées douloureuses. La station debout, la marche, la fatigue exaspèrent ces phénomènes. Parfois même l'abdomen tout entier était douloureux et sensible. A signaler une constipation opiniâtre. Pas d'entéro-colite muco-membraneuse. Une ou deux fois des vomissements sont survenus. Dans ces conditions, elle ne peut plus vaquer à ses occupations, ni se soumettre à aucun travail régulier, aussi réclame-t-elle une intervention. L'examen le plus minutieux ne

révèle rien d'anormal du côté de l'abdomen ni du côté du petit bassin. La cicatrice post-opératoire est normale. Il existe un faible degré d'éventration à sa partie inférieure. Le système nerveux est examiné ; on ne trouve rien d'intéressant à signaler, si ce n'est que les réflexes cornéens et pharyngés sont très diminués.

La laparotomie est pratiquée, le 18 mars 1904, par M. le Professeur Lanelongue, au niveau de la ligne cicatricielle. Le péritoine ouvert, on constate l'existence d'adhérences multiples du grand épiploon avec la paroi abdominale de la fosse iliaque, avec le cæcum et les anses intestinales voisines. Toutes ces adhérences sont détachées avec soin, liées séparément. On ne trouve rien d'anormal du côté de la cavité pelvienne. Le péritoine est refermé avec soin, puis les plans musculo-aponévrotique et cutané sont suturés.

Suites opératoires normales. La guérison a été complète. Les troubles présentés antérieurement par la malade n'ont pas reparu. Nous avons eu l'occasion de revoir cette malade un an après sa sortie de l'hôpital. Elle avait repris ses occupations pénibles de lingère sans plus rien éprouver du côté de son abdomen.

## OBSERVATION II

(DUVERGEY, *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 2 décembre 1906)

Jeanne N..., âgée de vingt ans, entre le 2 octobre 1906 à l'hôpital Saint-André, salle 2, lit 28, dans le service de M. le Professeur Denucé, que nous avons l'honneur de suppléer. Elle est sans antécédents ; elle a présenté une crise appendiculaire très intense en août 1901. Cette crise a duré une quinzaine de jours, s'est accompagnée de vomissements, de fièvre ; elle a cessé au traitement médical. Elle a eu deux autres crises moins violentes que la première, mais cependant très nettes. Dans ces conditions, elle a subi, en janvier 1902, l'appendicectomie. Les circonstances dans lesquelles elle a été opérée nous sont inconnues ; cependant nous savons de source sûre que l'appendice a pu être enlevé, que la plaie n'a pas été drainée et a cicatrisé par première intention. Elle est restée alitée vingt-cinq jours environ. Depuis cette époque elle n'a pas cessé de souffrir de son ventre et plus particulièrement de sa

fosse iliaque droite. Elle éprouve constamment dans cette région des douleurs assez vives, qui s'exaspèrent après la fatigue, la marche, la station debout un peu prolongée. Même dans son lit elle ressent des tiraillements dans son côté droit. Ces phénomènes douloureux, se traduisant par une sensation de tiraillement ou de déchirure, ont été quelquefois accompagnés de nausées. Ces troubles s'accroissant et empêchant la malade de se livrer à aucun travail motivent son entrée à l'hôpital, où nous l'examinons.

La malade, surtout depuis deux ans, est très constipée. Nous ne trouvons rien d'anormal. Le toucher vaginal nous fait reconnaître des organes sains et en position normale. Du côté du cæcum et du côlon descendant on perçoit un boudin, constitué par des matières intestinales. La palpation de la fosse iliaque est douloureuse. La cicatrice post-opératoire ne présente rien de particulier. L'examen du système nerveux ne décèle rien d'anormal. Pas de zones anesthésique ni hyperesthésique. Les réflexes ne sont pas exagérés. Nous tenons pendant quinze jours en observation cette malade, qui continue, malgré le repos absolu au lit, à souffrir de sa fosse iliaque. Instruit par l'observation précédente, nous posons le diagnostic d'adhérences péri-cæcales et nous proposons une intervention depuis longtemps déjà réclamée par la malade.

L'opération est pratiquée par nous, le 20 octobre 1906. Nous incisons la paroi abdominale sur l'ancienne cicatrice. La cavité péritonéale est ouverte avec de grandes précautions. L'épiploon est adhérent au cæcum et à la paroi dans le voisinage de la cicatrice. Trois adhésions épiploïques, dont l'une, plus considérable, mesure 3 centimètres environ de largeur, sont sectionnées; une quatrième adhérence épiploïque s'implante sur la paroi latérale droite de l'excavation. L'appendice n'existe plus. Il n'y a plus d'autres adhésions. Ovaires et trompes sont sains. Les ligatures épiploïques sont pratiquées. Nous terminons par la fermeture de l'abdomen, en ayant bien soin de ne conserver qu'un péritoine sain et absolument intact. Suites opératoires des plus simples. Cicatrisation par première intention.

Depuis le 20 octobre, date du jour de l'opération, la malade n'a plus ressenti aucune douleur. Elle se lève pour la première fois le 10 novembre et n'a nullement souffert. Elle quitte l'hôpital le 15 novembre ne ressentant plus rien dans son ventre.

OBSERVATION III

(DUVERGEY, *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 2 décembre 1906)

Jeanne M..., âgée de trente-cinq ans, vient nous consulter le 20 janvier 1906 pour des troubles qu'elle présente dans l'abdomen à la suite d'une appendicectomie pratiquée en 1904 à Paris, pour une appendicite suppurée survenue en mars et qui nécessita un drainage de trois semaines environ.

L'appendice fut enlevé. Depuis cette intervention elle ressent presque constamment des douleurs et des coliques dans la fosse iliaque droite ; par moments elle a vu son abdomen se distendre, devenir très ballonné, les anses intestinales se dessiner sous la peau ; pendant l'une de ces crises, elle est restée une dizaine de jours sans aller à la selle ; cette période de constipation opiniâtre a été suivie d'une vraie débâcle diarrhéique ; elle a eu ainsi trois ou quatre crises, caractérisées par des coliques assez violentes localisées surtout dans la fosse iliaque droite et par de la constipation. Une ou deux fois elle a eu des vomissements alimentaires ; pas de vomissements fécaloïdes.

Dans l'intervalle de ces périodes aiguës, elle ressent à peu près continuellement des douleurs dans sa fosse iliaque droite. Soupçonnant l'existence d'adhérences péri-cæcales déterminant ces phénomènes d'occlusion intestinale incomplète, nous pratiquons, le 4 février 1906, la laparotomie latérale sur la cicatrice existante. Nous tombons sur un certain nombre d'adhérences épiploïques s'insérant les unes sur le cæcum, les autres sur la paroi. L'une d'elles croise, en l'aplatissant légèrement, la paroi antérieure du cæcum et la paroi terminale de l'iléon, pour aller s'insérer dans le voisinage du détroit supérieur du bassin. Toutes ces adhérences sont détachées et liées. Les points d'implantation sur le cæcum sont enfouis par un surjet séro-séreux. Le ventre est refermé. Suites opératoires normales.

Depuis cette époque, les troubles présentés antérieurement par la malade ont disparu.

OBSERVATION IV

(DUVERGEY, *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 2 décembre 1906)

P. B..., âgé de trente-quatre ans, a présenté en janvier 1906 une violente crise d'appendicite ; des symptômes de suppuration ayant apparu, il fut opéré à Tripoli. Le pus d'un abcès péri-cæcal fut évacué et l'appendice réséqué. Depuis cette époque, il n'a pas cessé de ressentir des coliques et des tiraillements dans la région de la fosse iliaque droite, aussi vient-il nous consulter. L'examen de l'abdomen ne nous donne aucune indication, sinon que la palpation réveille une assez vive sensibilité dans la région de la fosse iliaque. Rien du côté du système nerveux. Son caractère a cependant un peu changé dans ces derniers mois ; il est atteint d'un peu de neurasthénie. Il est atteint de constipation à l'état ordinaire. Pas d'entéro-colite muco-membraneuse. Nous posons le diagnostic d'adhérences péri-appendiculaires et opérons le malade le 3 novembre 1906. Des adhérences très nombreuses sont détachées. Il existe des brides épiploïques s'insérant sur la cicatrice ou dans son voisinage, sur le cæcum ; d'autres adhérences larges partent du cæcum pour aboutir à la cicatrice. Toutes ces adhérences sont coupées, liées ; les surfaces d'implantation péritonéale sont enfouies. Suites opératoires normales.

Le malade guérit et ne ressent plus aucun trouble dans sa fosse iliaque droite.

OBSERVATION V (INÉDITE)

(Due à l'obligeance de M. le D<sup>r</sup> DUVERGEY, chirurgien des hôpitaux)

Femme de trente-deux ans, opérée en 1906, à Paris, à l'hôpital Beaujon, pour une appendicite suppurée, l'appendice ayant été enlevé, vient nous consulter, car depuis cette intervention elle éprouve de temps à autre des douleurs, tiraillements et quelques coliques dans le côté droit du ventre. Elle est un peu constipée.

Depuis la même époque, trois mois environ après son opération, elle remarque l'existence de glaires et de mucus dans les selles. Deux ou

trois fois elle a constaté la présence de membranes. Elle prétend n'avoir autrefois rien vu de semblable.

A l'examen du ventre, rien d'anormal ; la fosse iliaque droite est seule un peu sensible à la pression ; pas de froissement péritonéal. Je conseille un régime approprié, les grands lavages intestinaux et les applications chaudes sur la fosse iliaque droite.

Je ne revis plus cette malade.

#### OBSERVATION VI (INÉDITE)

(Due à l'obligeance de M. le D<sup>r</sup> DUVERGEY, chirurgien des hôpitaux)

Jeune fille de vingt-quatre ans, entre salle 8, lit 6, dans le service de M. le Professeur Lanelongue, à l'hôpital Saint-André, en janvier 1901, pour des douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite, des vomissements et de la fièvre. Le diagnostic facile d'appendicite est posé et le traitement médical classique institué. Les phénomènes péritonéaux s'accroissant et un plastron apparaissant à droite, M. le Professeur Lanelongue pratique l'appendicectomie. L'appendice, entouré de pus, est séparé par des fausses membranes de la grande cavité péritonéale. Drainage. Suites opératoires normales. La malade quitte l'hôpital en février 1901, bien rétablie.

En mars 1903, je reçois une lettre de M. le D<sup>r</sup> Guérin me priant de visiter cette malade et de lui dire mon opinion sur elle.

Je lui fais aussitôt une visite et j'apprend d'elle que depuis son intervention, *elle n'a pas cessé de souffrir de sa fosse iliaque droite ; ces douleurs, consistant en pesanteur, lourdeur, tiraillements, s'exaspèrent par moment et l'obligent à s'aliter.* Jamais de vomissements.

A l'examen, le ventre est sain, la fosse iliaque droite est souple, mais en faisant rouler les plans superficiels sur les plans profonds, la main exploratrice sent *un froissement neigeux très net.* J'écris au docteur Guérin pour lui dire qu'il s'agit là de douleurs dues à des brides et adhérences péritonéales. Je conseille les applications très chaudes et humides sur la fosse iliaque droite, en envisageant pour plus tard la possibilité d'une intervention.

Quelques mois plus tard, j'appris du docteur Guérin que la malade avait été très soulagée par ces applications. Depuis, je n'ai plus revu cette malade.

## OBSERVATION VII INÉDITE

(Due à l'obligeance de M. le D<sup>r</sup> DUVERGEY, chirurgien des hôpitaux)

Louis G..., âgé de dix-huit ans, est pris le 23 juin 1906 de douleurs violentes dans l'abdomen, subitement, sans jamais avoir présenté de troubles de ce côté. Défense musculaire, douleur très nettement localisée au niveau du point de Mac Burney, vomissements, pouls à 90, température à 38°. Traitement médical : diète, immobilisation, application de glace sur le ventre. Les jours suivants, l'état reste stationnaire. A la fin juin, apparition d'un plastron dans la fosse iliaque droite. L'état général s'aggrave. Le 1<sup>er</sup> juillet, consultation avec MM. les D<sup>rs</sup> Guérin et Galtier ; l'état général s'amointrissant, nouvelle consultation le 2 juillet avec MM. les D<sup>rs</sup> Bégouin, Guérin et Galtier.

L'intervention chirurgicale est décidée. Je la pratique, le 3 juin, avec l'aide de mes trois confrères. Incision de Roux. Ouverture d'un abcès contenant un pus infect et noirâtre. Après des recherches pénibles, j'arrive à enlever l'appendice sphacélé. Drainage soigné. Suture. Suites opératoires normales. La suppuration est abondante dans les pansements qui sont renouvelés les jours suivants. Le huitième jour, lavage du foyer à l'eau oxygénée. Le vingtième jour, les drains sont enlevés. Le 20 août 1906, le malade est guéri.

Je revois mon opéré en novembre, il est en très bonne santé, mais il ressent encore un peu de *pesanteur et quelques tiraillements dans la fosse iliaque droite*. En mars 1907, il est pris brusquement de *violentes douleurs dans la fosse iliaque droite avec vomissements* ; il est vu à ce moment par M. le D<sup>r</sup> Guérin, qui lui fait appliquer de la glace sur le ventre. Tout se calme au bout de deux jours ; la convalescence est très rapide. Depuis, de temps en temps il éprouve *quelques tiraillements dans la même région*. Pas d'éventration. La cicatrice est très solide et la paroi très bien consolidée.

OBSERVATION VIII INÉDITE (PERSONNELLE)

Femme de vingt-quatre ans opérée en 1904, à Bordeaux, pour une appendicite dont la première crise remontait à deux ans. Appendicectomie à froid. La suppuration est abondante et dure plus d'un mois. La santé de la malade était excellente, quand trois mois après l'intervention, elle est prise subitement dans la rue de douleurs abdominales extrêmement violentes qui l'obligent à entrer dans la maison la plus proche d'où elle se fait conduire en voiture chez elle.

Les douleurs persistent le lendemain, ayant leur maximum au niveau de la fosse iliaque droite et s'accompagnant de vomissements et de diarrhée.

Depuis cette époque, la malade voit survenir ces crises douloureuses toutes les quatre ou six semaines. La douleur siège toujours dans la fosse iliaque droite et s'accompagne d'abord de constipation à laquelle fait suite une diarrhée abondante avec membranes dans les selles. A chaque crise les vomissements réapparaissent et la malade est obligée de rester allongée ; dans l'intervalle des crises elle ressent toujours des tiraillements dans la fosse iliaque ; elle affirme, en outre, n'avoir jamais eu de selles membraneuses avant son appendicectomie.

A l'examen du ventre, rien d'anormal, la cicatrice est très solide ; la palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse ; elle fait sentir du gargouillement à ce niveau mais pas de froissement péritonéal.

La malade n'a jamais suivi de traitement local ; on lui a institué un régime pour son entérite, elle a pris du bouillon Tissié et a fait une saison à Châtelguyon. Elle nous dit avoir maigri de 20 kilogrammes depuis deux ans.

OBSERVATION IX (RÉSUMÉE)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur LANELONGUE par MM. MAURIAC et DESQUEYROUX, internes ; communiquée à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux par M. le D<sup>r</sup> CHARRIER, chef de clinique.)

F..., cinquante-quatre ans, voilier, entre le 17 janvier 1907, salle 17, à l'hôpital Saint-André. Jusqu'à vingt-cinq ans il a été toujours sujet à

des coliques survenant par crise plusieurs fois par an, sans diarrhée. Il n'a pas souffert du ventre depuis une vingtaine d'années. En novembre 1904, il fut pris brusquement d'une violente douleur dans le côté droit de l'abdomen, sans vomissements, mais avec diarrhée. Ces phénomènes persistèrent pendant quinze jours, obligeant le malade à s'aliter. A la suite il reprit son travail. En octobre 1903, il est repris brusquement, pendant qu'il travaillait, de violentes douleurs dans le côté droit; pas de vomissements, un peu de constipation au début. Le médecin lui prescrit de la glace et une purgation tous les jours: tout rentre dans l'ordre après trois semaines.

Lundi 7 janvier 1907, en travaillant, le malade est pris de coliques soudaines dans le côté droit de l'abdomen. La crise est moins violente que les précédentes et le sujet peut continuer son travail jusqu'au 11 janvier, date à laquelle il s'alite. Pas de vomissements. Glace sur le ventre et purgations quotidiennes.

*Opération* le 31 janvier. M. le Professeur Lanelongue enlève un appendice gros et adhérent au cæcum. Suppuration consécutive. Exeat le 20 février, guérison.

Le malade revient le 16 juin 1907, salle 47, pour des troubles intestinaux qu'il a commencé à éprouver il y a trois mois et consistant en douleurs survenant par crises, avec un peu de constipation.

Le facies est bon, pas de température, pouls calme et régulier; les coliques s'étendent à tout le ventre sans qu'il y ait de point particulièrement douloureux. Au niveau de l'ancienne cicatrice, on note une rougeur s'étendant à 1 centimètre environ de chaque côté. A la partie inférieure existe une saillie acuminée très nette, ayant le volume d'une noisette, de consistance très dure et reliée aux parties profondes par une queue. Tout autour de la cicatrice, induration manifeste s'enfonçant profondément. Gâteau profond, très dur, d'une consistance ligneuse, sous-jacent à la paroi.

On songea au début à une manifestation bacillaire, étant donné l'aspect nodulaire de la production; mais le peu de tendance à la caséification des lésions, l'absence de symptômes corrélatifs du côté des autres organes, et surtout l'examen négatif pratiqué jadis par M. Sabrazès sur l'appendice enlevé font rejeter cette opinion.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, les signes d'occlusion chro-

nique se confirment, les anses grêles se dessinent très nettement au niveau de la région médiane de l'abdomen. Dans les selles noirâtres et liquides rendues quelques jours avant l'intervention, M. Sabrazès signale des hématies, de la graisse libre, des débris de fibres musculaires striées mal digérées. On se rattache à l'idée de néoplasme.

*Opération* le 10 juillet 1907, devenue urgente, car depuis trois jours il n'y a pas eu d'émission de gaz et les purgatifs sont donnés sans succès. Laparotomie latérale en parenthèses, de façon à exciser largement les lésions : on tombe sur un tissu induré, fibreux, blanchâtre, crétaqué en certains points ; il existe de nombreuses adhérences épiploïques. Les anses grêles sont météorisées. Ponction capillaire. Ablation du diverticule de Meckel. Entéro-anastomose du côlon ascendant à l'anse grêle terminale. Suture de la paroi au fil d'argent. Emporté chez lui le 12 juillet, le malade meurt le lendemain.

#### OBSERVATION X (*In* Thèse COITTIER)

Léon G..., treize ans, entré salle Denonvillers, le 2 décembre 1897. Bons antécédents. L'enfant a été pris d'une violente douleur abdominale droite, le 28 novembre au soir ; cette douleur s'est aggravée, accompagnée d'une forte constipation, plusieurs lavements sans effet. A son entrée, le malade se tient couché sur le côté gauche, les jambes en demi-flexion, teint pâle, yeux hagards.

Les 3 et 4 décembre, langue sale, poulx bon, température au-dessus de la normale, gargouillement dans la fosse iliaque droite, ballonnement du ventre à ce niveau, douleur à la palpation, contraction des muscles de l'abdomen. Le 5, langue bonne, température peu élevée. Intervention décidée le 13 décembre : incision iliaque ; on trouve l'appendice épaissi, augmenté de volume, rouge, non perforé. Sutures cutanéomusculaires à la soie. Chute de la température. Le 16, on voit des matières sortir au niveau du fil de la suture en défaisant le pansement : fistule stercorale. Il sort pendant quelques jours des matières et des gaz, puis dans les premiers jours de janvier 1898 la fistule s'oblitére. Exeat guéri le 18 janvier.

Revenu dans le service le 1<sup>er</sup> juillet 1898 : le jeudi, deux jours avant l'entrée, vives douleurs dans le ventre ; depuis ce temps aucune

émission de gaz par l'anus. Le vendredi, un lavement est rendu presque intact. A l'entrée, vomissements bilieux noirâtres, ventre peu douloureux, assez souple, pas de douleur localisée, submatité dans la fosse iliaque droite, facies péritonéal. Opération faite par M. Arrou à six heures ; pensant à une récurrence au niveau de l'appendice, il fait une première incision au-dessous de l'ancienne : un peu de sérosité dans le péritoine, mais cæcum sain. Deuxième incision médiane, qui permet de trouver dans la fosse iliaque droite par la palpation (l'intestin n'est pas dévidé) une anse intestinale figurant un V dont les deux branches sont accolées à leurs extrémités par une double bride qui est sectionnée. Suture de la paroi, sérum.

*Suites.* — Le cours des matières et des gaz ne s'est pas rétabli ; vomissements nettement fécaloïdes, mort le lendemain matin.

*Autopsie.* — Pas d'autre étranglement, mais derrière le côlon ascendant et le cæcum un paquet d'anses grêles agglutinées entre elles, l'intestin grêle est même soudé au côlon.

Au niveau du cæcum on retrouve la surface de section de l'appendice absolument intacte.

#### OBSERVATION XI (*In* Thèse COITIER)

Pierre J..., dix ans, entré salle Legendre, le 23 février 1899. A été opéré d'une appendicite, le 23 juillet 1898, par M. Blum. Subitement, l'enfant s'est plaint de coliques et a eu des vomissements bilieux ; c'était sa première crise. Opéré le lendemain ; on a fait la résection de l'appendice que l'on a trouvé plein de pus. La plaie s'est bien cicatrisée, sans fistule ni éventration ; depuis, excellent état : appétit bon, aucune douleur, selles régulières.

Dimanche soir, l'enfant a été pris de coliques violentes par crises ; vomissements alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes ; constipation absolue, depuis dimanche 19 février aucune émission de gaz. Soigné dès dimanche, a peu de fièvre, 38°. Amené à Trousseau le 23 février : contractions intestinales violentes. L'enfant a été traité par des purgatifs salins, des lavements ; traitement non suivi de résultats. A l'entrée, on constate un facies très grippé, des yeux excavés, une peau terreuse ; l'abdomen est tendu, météorisé.

Intervention immédiate le 23 février : incision médiane sus et sous-ombilicale de 20 centimètres de long ; on arrive sur l'épiploon derrière la paroi. Introduction de la main vers la fosse iliaque droite où on sent la jonction entre les parties distendues et affaissées de l'intestin ; le tout amené au dehors, y compris les anses météorisées protégées par des compresses, on voit une bride qui serre l'intestin grêle à sa jonction avec le cæcum : section, ligature, réduction.

Décès le 23 février au soir.

## OBSERVATION XII

(G. MARION, *In* Thèse GROUW)

Le 19 septembre 1900 entrant à l'hôpital Broussais, salle Follin, n° 30, un jeune garçon de dix-huit ans, Joseph L..., pour une constipation absolue que ni purges ni lavements ne parvenaient à vaincre. Cette constipation avait débuté douze jours avant son entrée à l'hôpital, depuis quatre jours étaient, en outre, apparus des vomissements alimentaires, aujourd'hui fécaloïdes, et de violentes douleurs dans l'abdomen. Je remplaçais à ce moment M. Michaux, et je vois le malade le 20 septembre au matin. L'état était mauvais, la température était à 37°4, le pouls battait 148. Le facies était péritonéal, les yeux excavés, le nez pincé, la langue sèche. Le ventre était ballonné, douloureux dans toute son étendue, mais cette douleur n'était pas excessive. A la percussion il existait de la submatité à la partie inférieure. Le malade avait vomi toute la nuit.

En même temps je remarquais dans la fosse iliaque droite la cicatrice d'une opération à coup sûr d'appendicite. En effet, au mois de juillet dernier, le malade avait été opéré d'une appendicite à chaud, dont il avait parfaitement guéri, si bien qu'un mois après il avait pu reprendre ses occupations.

En face d'un tel tableau, j'hésitai entre une occlusion intestinale et une péritonite généralisée avec arrêt des matières et des gaz par paralysie intestinale. Comme cause de l'une ou l'autre affection, j'admis une lésion en rapport avec l'appendicite antérieure. En tout cas, il n'y avait pas à hésiter, une intervention pouvait seule sauver le malade.

Je la pratiquai immédiatement. La laparotomie médiane me montra que contrairement à ce que me faisait prévoir la percussion de l'abdomen, il n'existait pas trace de liquide et que la matité obtenue devait être mise sur le compte de la distension extrême des anses intestinales. Celles-ci étaient rouges, excessivement distendues. Mais avant d'arriver au cæcum l'intestin grêle reprenait un calibre normal. Entre les deux portions distendues et aplaties existait une masse formée par un amas d'anses repliées et collées contre la fosse iliaque droite. Je dégageai ces anses entre lesquelles il existait un peu de pus. Le cæcum était libre et à sa partie interne existait un épaississement, trace de la résection de l'appendice. Je terminai l'opération par un drainage et la fermeture partielle de l'abdomen.

Le malade alla à la selle le soir même de l'opération. Il vomit encore pendant quelques jours, en même temps que le drain abdominal donnait issue à une quantité notable de pus. L'amélioration fut cependant rapide, et le 10 octobre le malade était complètement guéri.

#### OBSERVATION XIII (RÉSUMÉE)

(In Thèse GROUW)

Emile M..., soldat d'infanterie coloniale, trente ans, entre à l'hôpital militaire de Perpignan, le 18 février 1904. Aucune maladie avant son incorporation. Pendant un séjour au Tonkin, il a des accès de fièvre intermittente assez fréquents. En juillet 1903, il a, à Toulon, de la fièvre et de la diarrhée pendant quelques jours. Au mois d'août, il est atteint d'appendicite et opéré trente-six heures après le début des douleurs. Son appendice a été enlevé et le moignon touché au thermocautère; le ventre a été refermé sans drainage. Quatre jours après, deux points de suture sont enlevés pour donner passage à du pus formé dans l'épaisseur de la paroi. La suppuration est tarie au bout de dix jours.

Le malade sort de l'hôpital après un traitement de cinquante-six jours. Pendant trois mois, sa santé est bonne, ses selles sont régulières et normales. Le 17 février 1904, il mange au repas du soir une quantité considérable de pommes de terre incomplètement cuites. Dans la nuit, il est pris de violentes coliques qu'il trouve absolument semblables

à celles qu'il a éprouvées au début de son appendicite. Vomissements alimentaires, puis bilieux. Il était allé à la selle la veille; depuis, il n'y a plus eu de défécation, mais des gaz ont été rendus par l'anus.

Le ventre n'est pas ballonné; assez souple; douleur vive déterminée par la pression dans la fosse iliaque droite, avec prédominance au point de Mac Burney et défense musculaire légère. Température 36°8; pouls 86.

Le traitement médical est institué; les vomissements continuent, les douleurs reviennent par crise; le ventre n'est pas ballonné, la température reste normale. Hoquet et arrêt des gaz, le 19 au soir.

Laparotomie le 20 février. Aucun signe de péritonite. Les anses de l'intestin grêle sont légèrement injectées mais non distendues. Le cæcum, ratatiné et de couleur gris blanchâtre, adhère étroitement à la paroi. Deux anses de l'intestin grêle apparaissent reliées par une courte bride fibreuse; dans l'angle formé par elles se trouve enserrée une troisième anse. La bride est sectionnée. Malgré cela, le cæcum reste notablement gêné dans son expansion par suite de l'étendue de ses adhérences qui embrassent presque toute sa demi-circonférence antérieure et la tiennent fortement appliquée contre la paroi, surtout vers la région appendiculaire. Ces adhérences sont sectionnées et le cæcum reprend sa forme et sa distension normales. Pour empêcher les deux surfaces légèrement cruentées de se ressouder, on place entre elles une compresse de gaze aseptique imbibée d'eau bouillie chaude. Une des extrémités de la compresse émerge à travers la ligne de suture. Première selle le lendemain soir; la mèche est enlevée lors du premier pansement.

La guérison est complète le 10 mars et le malade quitte définitivement l'hôpital le 20.

#### OBSERVATION XIV (RÉSUMÉE)

(A. BROCA, *Leçons cliniques de chirurgie infantile*)

Garçon de treize ans et demi auquel on fait, en décembre 1897, la résection de l'appendice chroniquement enflammé. Opération laborieuse au milieu d'adhérences infectées, suture d'un cæcum friable. Un gros drain de caoutchouc est placé dans le foyer avec une mèche iodo-

formée. Fistulette stercorale qui se ferme spontanément au bout de quelques jours. L'enfant sort guéri le 28 janvier 1898. Le 29 juin suivant, sans cause connue, il est pris de vives douleurs abdominales avec arrêt complet des matières et des gaz. Amené dans un état très grave à l'hôpital Trousseau, le 1<sup>er</sup> juillet.

Incision sur la cicatrice iliaque. Cæcum sain. La laparotomie médiane permet de trouver dans la fosse iliaque droite une anse grêle coudée en V par une double bride du bord mésentérique.

Après section de ces brides, l'anse devient perméable et le ventre est refermé.

Mais l'occlusion persista et, le lendemain matin, l'enfant succomba n'ayant pas été à la selle et ayant continué à rendre des vomissements fécaloïdes. L'autopsie montra derrière le cæcum et le côlon ascendant un paquet d'anses grêles agglutinées entre elles. Moignon appendiculaire sain.

#### OBSERVATION XV (RÉSUMÉE)

(A. BROCA, *Leçons cliniques de chirurgie infantile*)

Enfant opéré le 25 juillet 1898, guérit sans suppuration. Sa santé était restée excellente, lorsque, le 19 février 1899, il fut pris d'accidents aigus d'occlusion, avec vomissements fécaloïdes et constipation absolue pour les matières et les gaz. Température, 37°9. Apporté le 23 février à l'hôpital après avoir été en vain purgé et lavementé. Il était dans un état déplorable, avec l'abdomen très tendu, le facies grippé, les extrémités froides, le pouls misérable, la température à 38°2.

Laparotomie médiane : la main sent dans la fosse iliaque droite la jonction entre les anses distendues et les anses affaissées. Une bride serrait l'iléon à sa jonction avec le cæcum : elle est sectionnée entre deux ligatures et les matières reprennent leur cours.

L'enfant succombe au bout de quelques heures. Le moignon appendiculaire était tout à fait sain.

## OBSERVATION XVI

(RICHELOT, *in* Thèse KOUNDJY)

Amélie P..., vingt-neuf ans, à laquelle M. Richelot enleva les annexes en 1890 et fit une hystérectomie vaginale en 1893. Au début de 1896 la malade est prise d'une forte crise d'appendicite qui la force à rester au lit cinq jours : douleurs fixes au point de Mac Burney, ballonnement du ventre, douleur à la palpation et vomissements. Après cette attaque, elle est prise tous les mois d'une nouvelle crise d'une durée de trois ou quatre jours. A l'examen, signes d'appendicite très nets.

Le 4 juin 1896, on opère la malade : on trouve le cæcum sans adhérences, très sain et libre dans la fosse iliaque. On trouve facilement l'appendice qui est long, non adhérent, fixé seulement au cæcum par un méso graisseux paraissant sain. En deux ou trois points ce méso est bosselé, on suppose que ce sont de petites concrétions.

On procède alors à l'ablation absolue de l'appendice. On fait le moignon suivant l'usage et on termine la fermeture de la paroi abdominale par la suture en étages.

La malade se porte bien jusqu'en novembre 1897. A cette époque, elle se présente de nouveau à l'hôpital, se plaignant de douleurs nerveuses et rhumatoïdes dans le ventre. Parfois elle présente un léger ballonnement du ventre, avec envie de rendre. Comme la malade se plaignait en même temps de bouffées de chaleur, M. Richelot, la considérant comme une névropathe, lui ordonna un traitement contre ses nerfs ; mais la santé de la malade ne s'est pas améliorée jusqu'à sa nouvelle entrée à l'hôpital.

Le 15 janvier 1898, Amélie P.... se présenta de nouveau dans le service en se plaignant de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs qui ont augmenté depuis le mois de novembre dernier. Ces douleurs ont été accompagnées d'un moment à l'autre par un peu de ballonnement du ventre, de péritonisme, d'envies de vomir ; la malade réclame l'intervention chirurgicale.

A l'examen de la fosse iliaque droite on sent, par la palpation, une sorte de boyau vertical et induré qui était le siège de la douleur spon-

lanée. La pression exagérait la douleur. Etant sûr que ce ne pouvait être l'appendice, réséqué en 1896, M. Richelot se décide à aller à la recherche de cette tumeur douloureuse, très sensible à la pression et qui est la cause de troubles rappelant exactement le tableau de l'appendicite.

On fait la nouvelle incision sur la cicatrice de l'appendicectomie. Après avoir ouvert le péritoine, on arrive sur le cæcum entouré par des adhérences et fortement adhérent à la paroi abdominale au voisinage de l'ancienne plaie. L'induration verticale était formée par la bandelette antérieure des fibres musculaires longitudinales de l'intestin, tendue comme une corde et fixée en bas par des adhérences. On libère facilement le cæcum qu'on abandonne dans l'abdomen, on termine l'opération en s'assurant que le moignon appendiculaire est bien cicatrisé.

Suites opératoires excellentes.

Nous avons revu la malade trois mois après l'opération et n'avons rien trouvé d'anormal dans la fosse iliaque droite. Mais la malade, étant très constipée depuis des années, n'a pu arriver à régulariser les fonctions de son tube digestif, et sans purgatif ou lavement elle n'arrive pas à aller à selle. La constipation chez elle s'accompagne de légères douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite ; elles cessent avec la purge et ne reviennent qu'à la prochaine constipation. En dehors de ces légères douleurs, la malade n'accuse pas d'autres suites opératoires.

#### OBSERVATION XVII

(LORENZ, Soc. imp. roy. de Vienne ; résumée in *Presse méd.*, 5 juin 1907)

Jeune homme, dix sept ans, chez qui, quinze mois auparavant, on avait ouvert un abcès péri-appendiculaire, puis six semaines plus tard extirpé l'appendice, et qui avait demandé à entrer à l'hôpital pour se faire opérer d'une légère éventration résultant de la première laparotomie.

Le lendemain de son admission, il fut pris subitement d'occlusion intestinale. Laparotomie d'urgence : le ventre renfermait déjà un exsudat hémorragique et on découvrit une anse grêle gangrenée, étranglée

par une bride allant de la partie terminale de l'iléon au mésentère. Résection de cette partie de l'intestin et du cæcum voisin. Anastomose iléo-colique.

Suites opératoires d'abord normales, bientôt compliquées d'une poussée de tuberculose pulmonaire aiguë.

#### OBSERVATION XVIII

(Résumée d'après SCHWARTZ, Soc. de chirurgie de Paris, 1902)

Femme de vingt-cinq ans, opérée à Necker, en septembre 1900, par M. Routier: appendicectomie à chaud, pas de drainage. Réapparition des phénomènes douloureux trois mois après l'opération. Au niveau de la cicatrice opératoire s'est produit une éventration dont la cure radicale n'amène pas d'amélioration. En novembre 1901, douleurs dans la fosse iliaque droite, état nauséux, constipation. Puis survient une poussée aiguë avec douleurs et vomissements, point de Mac Burney assez net; amélioration par le traitement médical. Mais les douleurs sourdes persistent. Le 25 janvier 1902, la malade est reprise de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, avec vomissements verdâtres, constipation, pouls rapide, température normale. Les phénomènes se calment après l'application de glace; on palpe alors à la partie supérieure de la cicatrice une petite tumeur dure, légèrement sensible.

Laparotomie latérale le 8 février: pas d'adhérences, moignon appendiculaire très régulier; sur le bord libre de l'intestin grêle, à 5 centimètres de l'angle iléo-cæcal, petite tumeur régulière, dure, rosée, avec sur l'intestin nombreuses plaques de fibrine non organisées. Extirpation.

Suites opératoires simples. Exeat le vingt et unième jour. Depuis, persistance de la guérison.

L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un fibrome inflammatoire à dégénérescence graisseuse centrale et développé autour d'un fil (probablement fil de soie), reliquat d'une intervention antérieure.

OBSERVATION XIX (RÉSUMÉE)

(SCHNITZLER, *Wien. klin. Rundschau*, 1900)

Docteur M. S..., trente-trois ans, est opéré, le 26 janvier 1898, après trois crises d'appendicite. On trouva, caché sous un réseau d'adhérences épiploïques, l'appendice épaissi et soudé à l'intestin grêle par des adhérences intimes. Extirpation de l'appendice et section des adhérences épiploïques avec quelques ligatures et destruction difficile des adhérences à l'intestin grêle, qui est dénudé de son enveloppe séreuse circulairement sur une longueur de 7 centimètres. Cet endroit est recouvert par l'épiploon qui est fixé par quelques sutures. Drainage par la gaze iodée. Pas de fièvre, évolution de la plaie sans complication.

Trois semaines après l'opération, le patient quitte Vienne et retourne chez lui où apparaissent quatorze jours plus tard des crises de coliques douloureuses; arrêt des matières et des gaz qui arrivent seulement après lavement. L'appétit a disparu et le malade revient à la maison de santé le 9 mars 1898, dans un état très bas.

Outre une hypertrophie considérable de la rate (le malade habite une contrée où sévit la malaria), on constate dans le voisinage de l'ombilic une résistance douloureuse dont la limitation n'est pas possible, par suite de la tension de la paroi abdominale. La percussion de cette tuméfaction donne de la matité; tympanisme ailleurs. Pendant plusieurs jours la température se maintient au-dessus de 38°, jusqu'à 38°8. Les selles ne sont obtenues que par des lavements amenant des coliques violentes, qui se produisent d'ailleurs sans cela. Péristaltisme non appréciable. Manque d'appétit, douleur, constipation opiniâtre, l'état du malade baisse continuellement.

Nouvelle laparotomie le 23 mars 1898.

Pendant la chloroformisation on peut palper, commençant sous le foie et nettement séparée de celui-ci, une tumeur qui s'étend à droite jusqu'au-devant de la ligne axillaire, à gauche, jusqu'à la ligne parasternale et descendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; tumeur assez dure, bosselée, mate et presque immobile à la palpation et pendant les mouvements respiratoires.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : couche graisseuse sous-péritonéale épaisse, péritoine injecté. Après son ouverture il s'écoule un peu de sérosité louche. Au niveau de la région iléo-cæcale on rencontre la tunique de l'intestin grêle rouge, hypertrophiée, épaissie et indurée. Sur la ligne médiane, à la limite inférieure de la susdite tumeur, l'épiploon épaissi est adhérent à la paroi abdominale ; ces adhérences produisent une coudure de l'intestin ; elles sont dures, épaisses, leur section ne paraît guère possible. Il est établi entre deux anses intestinales une entéro-anastomose et le sommet de ces deux anses est fixé à la plaie.

Les coliques deviennent plus rares, les lavements amènent des selles. On ouvre le sommet des anses intestinales.

On note une diminution de la tumeur, la disparition des coliques et l'émission spontanée des selles ainsi que la fermeture de la fistule.

Le 28 mai, le malade quitte la Clinique ; il a pu reprendre ses occupations, car il est complètement guéri : disparition complète de la tumeur, douleurs nulles, selles régulières en nombre, retour au poids antérieur.

Il est intéressant de rapprocher de nos malades ceux des deux observations suivantes qui ont présenté les mêmes symptômes douloureux, mais dont l'appendice a été détruit sans le secours du chirurgien, par amputation spontanée.

#### OBSERVATION XX

DEMOULIN, *In* Thèse LEVREY)

K...., âgé de seize ans, fut pris au mois de novembre 1893 d'une première crise d'appendicite aiguë avec péritonite localisée et qui se termina sans intervention chirurgicale.

Le chirurgien vit le malade pour la première fois (cinq mois avant la publication de cette observation) après le début des accidents en mars 1896. Depuis, K.... a eu six nouvelles attaques, les trois premières dans les mois de janvier et février, la dernière crise trois semaines avant l'arrivée du malade à Paris. A la palpation on trouva dans la

fosse iliaque droite le point douloureux dit de Mac Burney, et au même endroit un cylindre du volume du petit doigt, long de 3 à 4 centimètres, se dirigeant en bas et en dedans vers le pubis. C'est alors que M. Demoulin proposa l'intervention à froid qui fut acceptée.

*Opération.*— Après avoir fait l'incision de Roux, le péritoine ouvert, le chirurgien tomba sur une corde épiploïque adhérente à la face antérieure du cæcum qu'on avait prise pour l'appendice. Sur la face postérieure et interne et vers le fond on trouva de nombreuses brides péritonéales fixant le gros intestin au péritoine de la fosse iliaque. Après quelque temps on finit par libérer le cæcum, mais on ne trouva qu'une légère trace de l'appendice vermiforme qui avait été amputé spontanément à sa base lors de la première crise, ainsi que le prouvait l'existence d'un petit moignon fibreux imperméable au stylet, long de 2 ou 3 millimètres à peine et siégeant au point où s'insère normalement le diverticule du cæcum. Poursuivant les recherches sur la face interne de la portion initiale du gros intestin, M. Demoulin trouva des lésions très accentuées : l'intestin grêle à sa terminaison adhérait à la face interne du cæcum par des brides péritonéales très courtes et extrêmement résistantes. Ces brides se terminaient au-dessus de l'embouchure du grêle dans le gros intestin, de telle sorte qu'il y avait une coudure brusque de l'intestin grêle au niveau de la valvule iléo-cæcale. On parvint à détruire les adhérences et à rétablir les organes dans leur état normal ou à peu près, surtout à rendre à l'intestin grêle sa situation normale par rapport au cæcum, et à tous les deux leur mobilité.

Suites opératoires normales; depuis dix-huit mois, le malade se porte très bien et n'a pas eu de nouvelles crises.

#### OBSERVATION XXI

( *In* Thèse BÉRA )

M<sup>me</sup> L..., femme d'un confrère, a eu il y a deux ans une crise violente d'appendicite. Elle a conservé un point douloureux à droite. Terrorisée par les journaux de médecine qu'elle lit avec assiduité, elle veut se faire enlever l'appendice et va trouver le docteur Pauchet à sa clinique d'Amiens.

Incision iliaque classique. Adhérences, mais cæcum facile à séparer et à examiner. On trouve un petit moignon de 7 à 8 millimètres de long, uni au péritoine pariétal par une adhérence. Ce moignon est simplement libéré et invaginé dans le cæcum.

La malade enchantée ne souffre plus de son « point appendiculaire ».  
(*sic.*)

---

## CHAPITRE III

---

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude des observations précédentes nous amène à conclure que les phénomènes de douleur ou d'obstruction présentés par nos malades étaient dus à des produits de néoformation de la séreuse abdominale. Dans tous les cas, en effet, où une seconde intervention a été pratiquée, on a pu constater la présence de ces néoformations et leur destruction pratiquée assez tôt a fait disparaître les symptômes morbides. Malheureusement, la plupart des observations manquent de détails sur ces lésions, et notre esquisse anatomo-pathologique sera forcément un peu brève.

Un fait nous frappe, c'est l'intégrité du moignon appendiculaire. On s'attendrait, en effet, à voir les adhérences ou une bride prendre insertion au niveau de cette surface, qui a été septique, qu'on a traumatisée, dont l'inclusion ou la péritonisation ont pu être défectueuses. Dans les deux cas opérés par Mintz, l'auteur mentionne bien l'existence d'adhérences entre la cicatrice du cæcum et la paroi abdominale, mais aucun de nos malades réopérés n'a présenté semblable disposition des lésions.

Sans doute, chez la malade de l'Observation XXI, où l'amputation de l'appendice avait été spontanée, existait-il une adhérence entre le moignon et le péritoine pariétal, mais dans un cas semblable emprunté à Demoulin (Obs. XX) les adhérences siégeaient seulement entre l'iléon et le cæcum.

Et même dans les cas nombreux où l'épiploon est en cause, les

adhérences épiploïques ne vont pas se fixer au niveau du moignon, ainsi que nous allons le voir. La même particularité est observée dans les épiploïtes au cours des appendicites : sur 23 cas d'adhérences épiploïques rencontrées par Walther dans des interventions à froid, 3 fois seulement ces adhérences reliaient l'épiploon à l'appendice.

Dans beaucoup de nos observations, c'est donc l'épiploon qui est en cause ; les adhérences épiploïques peuvent alors exister seules ou être associées à d'autres adhérences. Leur point d'implantation varie à l'infini : elles peuvent se jeter sur la paroi abdominale de la fosse iliaque (Obs. I, II, III, IV, XIII, XIX), en général au voisinage de la cicatrice opératoire, sur le cæcum ou sur les anses grêles voisines (Obs. I, IV).

Ces adhérences se présentent avec des caractères variables : plus ou moins longues, plus ou moins épaisses, légères et se laissant facilement déchirer avec les doigts, ou au contraire fibreuses, crétacées, dures et rétractées, emprisonnant l'intestin qui ne se laisse décortiquer que très difficilement.

Nos observations sont muettes sur l'aspect de l'épiploon — signalé cependant épaissi et graisseux — et sur l'examen histologique. Ce sont, en effet, des lésions banales d'épiploïte chronique.

Dans deux observations (Obs. XVIII et XIX), le processus de réaction de l'épiploon, au lieu de se borner à produire des adhérences, a abouti à la formation de véritables tumeurs inflammatoires. Dans l'un de ces cas, cette tumeur était énorme, donnant de la matité dans tout le flanc droit (Obs. XIX) ; chez le malade de Schwartz, la tumeur était beaucoup plus petite, il s'agissait d'un fibrome inflammatoire à dégénérescence graisseuse centrale et développé autour d'un fil de soie, reliquat d'une intervention antérieure.

Maintes fois, la réaction péritonéale s'est faite également ou seulement, ailleurs que dans l'épiploon, à des distances variables de la région appendiculaire.

Ce sont alors les anses grêles qui sont accolées entre elles (Obs. XII) ou soudées au côlon ascendant ou au cæcum, ce

dernier pouvant adhérer à la paroi directement, sans l'intermédiaire de l'épiploon. Enfin des brides peuvent aller s'insérer jusque sur le mésentère (Obs. XVII) ou plonger vers le détroit supérieur.

De telles lésions provoquent, nous l'avons vu, des changements de position des divers segments de l'intestin intéressés. C'est le cæcum qui sera immobilisé par des adhérences dans la fosse iliaque, ou bien une anse grêle va venir s'étrangler sous une bride, suivant un mécanisme bien connu amenant l'occlusion intestinale aiguë.

En définitive, quels que soient leur importance et leurs points d'implantation, que les brides se développent aux dépens de l'épiploon, ou que les adhérences se fassent entre les anses intestinales, il s'agit toujours d'un processus inflammatoire scléreux dont nous aurons à fixer l'origine dans un prochain chapitre.

---



## CHAPITRE IV

---

### DES ADHÉRENCES PÉRITONÉALES

On s'étonne que ces symptômes de douleur et d'obstruction survenant après l'appendicectomie et qui, sans doute, ont dû venir compliquer bien des interventions antérieures, on s'étonne que ces symptômes n'aient pas trouvé plus tôt leur explication dans la cause banale qui les produit. Car les réactions péritonéales post-opératoires sont connues depuis longtemps et il est bien peu d'autopsies où l'on n'ait l'occasion de rencontrer des adhérences séreuses post-inflammatoires.

Les adhérences sont, en effet, pour le péritoine un « moyen de défense universel » (1) contre l'infection, quand celle-ci n'est pas suraiguë ou généralisée d'emblée.

Mais, parfois, on ne peut trouver dans le passé du malade aucun antécédent morbide permettant d'expliquer la formation de ces péritonites plastiques qui peuvent être tellement inoffensives qu'elles échappent absolument à la connaissance du sujet qui les porte : elles sont latentes. On en rencontre ainsi très fréquemment qui sont des trouvailles d'autopsie, le médecin ne les avait pas soupçonnées pendant la vie et le malade ne s'en était jamais plaint.

En revanche, le temps n'est plus où l'on considérait comme névropathes les sujets venant se plaindre de douleurs internes et chez lesquels l'examen clinique le plus minutieux n'arrivait pas à déceler des lésions de la région ou de l'organe d'où sem-

(1) LEJARS, *Loc. cit.*

blaient partir les douleurs. Des chirurgiens, désireux de se rendre compte, ont opéré ces malades et dans les ventres ouverts ils ont trouvé la cause qui leur échappait : l'origine de ces phénomènes douloureux, accompagnés parfois de troubles fonctionnels des organes voisins, était dans les adhérences péritonéales.

Dans la première partie de ce chapitre, nous allons nous arrêter quelques instants à l'étude de ces adhérences, que nous dirons développées spontanément, par opposition à celles survenant après une intervention chirurgicale, appendicectomie en particulier.

L'étude de ces faits nous fournira de précieux enseignements pour l'interprétation des symptômes présentés par nos malades et pour leur traitement.

« Les accidents que déterminent ces adhérences, dit M. Violet, peuvent se grouper en une série d'états cliniques fort complexes, fort malaisés à définir. »

Pour plus de clarté, nous distinguerons, avec Lejars :

1° Les accidents représentés surtout par des douleurs et des désordres fonctionnels frustes ;

2° Des accidents d'étranglement intestinal avec toutes ses formes ;

3° Des accidents typiques reproduisant en entier la symptomatologie de telle ou telle affection nettement caractérisée de l'abdomen (1).

Et dans chacune de ces catégories nous trouvons aujourd'hui un nombre relativement considérable d'observations ; au cours de ce chapitre, nous en citerons ou résumerons quelques-unes parmi les plus typiques.

I. — Combien de hernies, persistant pendant des années sans provoquer aucun trouble, qui deviennent un jour douloureuses au point d'amener le patient à implorer auprès du chirurgien pour une intervention ! On incise, et, comme dans l'observation suivante, on tombe sur une bride ou des adhérences dont la destruction amène la cessation des douleurs.

(1) *Semaine médicale*, 23 mars 1904.

OBSERVATION XXII (DUVERGEY)

**Hernie épigastrique douloureuse; bride allant du fond du sac herniaire à la face inférieure du foie. Libération. Guérison.**

Homme de trente-quatre ans, entre, en mars 1903, à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le Professeur Lanelongue, pour une petite hernie épigastrique très douloureuse, datant de cinq ou six ans. Il est manoeuvre, et les douleurs dont la hernie est le siège l'empêchent de travailler. Tiraillements, douleurs vives irradiées à l'hypocondre droit, quelquefois même nausées et vomissements. Rien par ailleurs. A l'inspection, petite hernie irréductible de la ligne blanche, du volume d'une noisette.

*Opération.* — Lipome préherniaire; sac dans lequel on trouve un peu d'épiploon non adhérent, et une bride péritonéale partant du fond du sac herniaire et allant se perdre sous la face inférieure du foie, dans le voisinage de la vésicule biliaire. Section de cette bride. Guérison absolue.

Dans plusieurs cas, l'origine traumatique de ces adhérences du premier groupe est indiscutable, comme dans l'observation suivante de Crédé, résumée dans l'article de Lejars, et dans celle qui fait le sujet de la publication de Violet.

OBSERVATION XXIII (CRÉDÉ,

(LEJARS, *Sem. méd.*, 23 mars 1904)

Homme de vingt-quatre ans, reçut pendant son service un violent coup de la partie mousse d'une baïonnette dans le flanc droit. Deux ans après, il se plaignait de coliques très douloureuses, localisées à la zone traumatisée, exagérées par les mouvements; en outre, constipation de plus en plus accusée. Devenu neurasthénique.

Laparotomie sur le bord externe du droit: on trouve de nombreuses

adhérences reliant à la paroi abdominale antérieure l'épiploon, le gros intestin et quelques anses de l'intestin grêle. Section et destruction. Guérison maintenue dix ans après.

OBSERVATION XXIV (RÉSUMÉE)

(H. VIOLET, *Gaz. des Hôp.*, 18 avril 1907)

Femme de vingt-trois ans, souffrant continuellement des reins, du bas-ventre; elle a des envies de vomir très fréquentes, un état nauséux constant. De temps en temps, elle vomit de l'eau en assez grande abondance, des glaires, rarement des aliments. Pas de constipation.

La palpation de l'abdomen est douloureuse à la région épigastrique, mais ne révèle ni tumeur ni empatement. Utérus en rétroversion: on place un pessaire, mais les symptômes ne s'améliorent pas. Un interrogatoire précis n'amenant aucun éclaircissement, on pense à de la névropathie. On se décide cependant à intervenir: on trouve des adhérences épiploïques sur tout le tiers supérieur de la ligne d'incision d'une laparotomie sous-ombilicale, tout autour de l'ombilic, sur la largeur d'une paume de main. Ces adhérences, fines, grêles, sont sectionnées entre deux ligatures ou dissociées au niveau de leur insertion pariétale. Guérison persistante.

Rentrée chez elle, la malade se rappelle que pendant une course à pied dans la montagne, avec de la neige, elle a fait une chute dans les rochers, à la suite de laquelle elle a souffert du ventre et s'est mise au lit.

II. — Les accidents d'étranglement intestinal par brides ou adhérences sont choses fréquentes, puisque, d'après les statistiques, 30 % des cas d'occlusion intestinale reconnaîtraient cette cause. Il n'est pas un chirurgien qui n'ait eu l'occasion d'intervenir dans un de ces cas. Parfois la bride, les adhérences existent depuis longtemps et se sont formées au contact d'anciens foyers inflammatoires, ne se révélant alors que par un peu de stase du contenu de l'intestin, celui-ci pouvant même continuer à fonctionner régulièrement pendant plusieurs années. Les phénomènes

d'occlusion aiguë éclatent alors brusquement, et sans cause apparente, comme dans le cas de ce malade de Lejars (1), âgé de soixante-dix ans, dans les antécédents duquel on retrouvait seulement vingt ans auparavant l'histoire confuse d'une affection douloureuse de la région épigastrique, s'accompagnant de vomissements et ayant duré quelques semaines. Une constipation opiniâtre apparut, avec météorisme, les symptômes s'accroissant durant les quelques jours où on se contenta du traitement médical. La laparotomie sus-ombilicale amena sur un paquet adhérent formé par l'intestin grêle et le côlon transverse. Les anses étaient coudées, sinueuses, collées entre elles par des adhérences dont la libération n'empêcha pas le malade, diabétique, de mourir deux jours plus tard dans le coma.

III. — Enfin, dans un troisième groupe, nous rencontrons « ces adhérences périgastriques qui simulent à s'y méprendre l'ulcère ou le cancer de l'estomac, ces adhérences et ces masses inflammatoires chroniques de la zone sous-hépatique qui déterminent l'occlusion vraie du canal cholédoque et toutes ses conséquences, ces autres foyers phlegmasiques anciens, qui revêtent toutes les apparences des tumeurs malignes, ces reliquats de pelvi-péritonite qui, dans le petit bassin, donnent l'illusion de grosses annexites suppurées » (2).

Et Lejars rapporte le cas de cette femme de cinquante et un ans, observé par M. Paton, souffrant depuis quelques années de la région épigastrique, les crises douloureuses s'accompagnant de vomissements et la malade étant ictérique depuis un an. On pense aux calculs biliaires, on opère et on ne trouve qu'un paquet d'adhérences reliant la vésicule, l'estomac, le pylore et le duodénum. La rupture des adhérences amène la disparition de l'ictère et des autres accidents.

Puis, c'est le cas d'une jeune fille de dix-sept ans, porteur d'une grosse tumeur de la fosse iliaque droite, pour laquelle on a pensé à l'appendicite et à la tuberculose du cæcum pour

(1) *Sem. méd.*, 1904.

(2) LEJARS, *loc. cit.*

s'arrêter au diagnostic de néoplasme. A l'intervention, on tombe sur une gangue fibreuse qui entoure le cæcum et les dernières anses de l'iléon : on en excise la plus grande partie, et cinq ans plus tard la guérison s'était maintenue.

Levrey rapporte le cas, emprunté à Paul Delbet, d'une tumeur du cul-de-sac latéral gauche, diagnostiquée salpingite suppurée consécutive à une endométrite puerpérale, et qui était constituée par l'épiploon.

Du côté de l'estomac, nous avons relevé dans le même ordre d'idées les très nombreux faits signalés par Terrier (1), Bazy, Championnière, (2) en France, Tricomi (3) en Italie ; en Allemagne, Landerer (4) rapporte trois cas de crises douloureuses de la région épigastrique ayant cédé à la destruction d'adhérences entre l'estomac d'une part, le péritoine pariétal, le lobe gauche du foie ou le pourtour de l'anneau d'une hernie ombilicale, d'autre part.

Dans les cas où on retrouve nettement dans les antécédents du malade l'histoire d'une inflammation des organes abdominaux ou pelviens, la pathogénie de ces adhérences s'explique par la propagation de l'infection à la séreuse, amenant la formation de foyers de péritonite adhésive.

Pour les adhérences post-traumatiques, la pathogénie est plus difficile à élucider.

D'après Lejars, qui repousse l'opinion de Glaser, suivant laquelle le simple contact de deux surfaces péritonéales contuses et traumatisées suffirait, sans intervention septique, à créer entre elles des adhérences, le heurt traumatique provoquerait de petites fissurations, des écrasements partiels, des hématomes : autant de foyers de phlegmasie chronique secondaire. Et la paroi intestinale traumatisée et parésiée se prêterait aux migrations microbiennes centrifuges, suivant un processus bien démontré dans les hernies étranglées et l'occlusion intestinale.

(1) TERRIER, Société de chirurgie, 1894, p. 424.

(2) BAZY et CHAMPIONNIÈRE, Société de chirurgie, 31 octobre 1894.

(3) TRICOMI, *La Terapia moderna*, 1892.

(4) *Munch. medic. Woch.*, 25 septembre 1893.

Ainsi, même dans ces cas d'adhérences post-traumatiques, on relève le rôle primordial joué par l'infection. Celle-ci, s'abattant sur l'appendice, va donc provoquer des réactions de défense du péritoine qu'on trouvera très nettes en intervenant dans les cas d'appendicite ayant donné lieu à des attaques antérieures. A l'infiltration de la séreuse, apparue au début, succède la formation d'exsudats plastiques pouvant s'étendre bien au delà de la zone appendiculaire et créer des adhérences fibreuses unissant entre eux les organes abdominaux, leur disposition générale pouvant varier avec la situation du vermis et la diffusion des germes infectieux.

Ces adhérences d'origine appendiculaire peuvent alors révéler leur existence par un ensemble de symptômes très bruyants, soit au cours même de la crise d'appendicite, comme dans l'observation suivante de M. Venot, soit à des époques tardives plus ou moins éloignées de l'attaque causale, ainsi que le montre l'histoire du malade de M. Le Fort, de Lille (1).

« Agé de soixante-douze ans, cet homme avait eu en 1852 une crise d'appendicite et était resté cinquante ans sans aucun accident. Il fut pris d'occlusion grave à laquelle il a succombé, malgré une intervention pratiquée au quatrième jour.

» La laparotomie montra que, à un mètre environ du cæcum, l'intestin grêle était coudé et immobilisé par des adhérences nombreuses, toutes se dirigeant de la fosse iliaque droite au petit bassin : de plus, l'ensemble des anses grêles semblait avoir subi une torsion totale sur le pédicule mésentérique.

» A l'autopsie, on trouva l'appendice coupé en deux tronçons, le bout terminal étant entièrement séparé du fragment initial, enchâssé dans une large bride péritonéale émanant du cæcum ; c'est à ce niveau qu'existaient les brides et coudures qui avaient déterminé l'occlusion. »

(1) Société de chirurgie de Paris, 13 avril 1904.

OBSERVATION XXV (RÉSUMÉE)

(VENOT, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 novembre 1907)

Jeanne F..., quarante ans, entre, le 13 septembre 1905, à l'hôpital Saint-André, salle 1. Elle avait été prise brusquement, le 17 août dernier, de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, avec vomissements et fièvre. Son médecin diagnostiqua une appendicite et institua le traitement médical.

Le 25 août, nouvelle crise de douleurs intenses et de vomissements. Au bout de quelques jours les phénomènes s'apaisent et on constate dans la fosse iliaque droite l'existence d'un gros empatement.

Le 7 septembre, les selles, jusque-là régulières, s'arrêtent complètement, et depuis ce jour, la malade n'a rendu par l'anus ni gaz ni matières, malgré toute la thérapeutique ordinaire. La situation s'aggrave et la malade entre à l'hôpital.

A l'examen, ventre très ballonné, uniforme ; les anses intestinales se dessinent sous la paroi ; la pression est douloureuse, particulièrement au niveau de la fosse iliaque droite. Douleurs spontanées atroces ; vomissements alimentaires et bilieux. Etat général précaire, langue rôtie, pouls filiforme à 120, température, 36°6.

On sent dans la fosse iliaque un empatement diffus. M. Venot intervient avec le diagnostic d'occlusion intestinale due à une appendicite.

Intervention immédiate : incision sur le bord externe du grand droit. On tombe sur un véritable bloc d'adhérences dont la destruction difficile permet d'isoler le cæcum vide et en dedans duquel est un petit abcès d'où s'écoule un dé à coudre de pus.

On poursuit la destruction des adhérences ; les parois de l'iléon, friables, se fissurent à 3 centimètres du cæcum. Vu l'état de la malade, on ne prolonge pas l'opération.

La circulation intestinale se rétablit le second jour, la fistulette intestinale se tarit et la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Depuis, légère éventration et, en 1907, nouvelle attaque d'appendicite, pas d'occlusion. M. le Professeur Demons lui enleva son appen-

dice à froid et fit la cure de son éventration. Guérison complète consécutive.

Ces phénomènes ne sont-ils pas en tous points comparables à ceux que nous avons rencontrés chez le malade de notre maître M. le Professeur Lanelongue (Obs. IX), chez ceux de M. Marion (Obs. XII) et de M. Broca (Obs. XIV et XV) et dans les observations de Coittier (X et XI) et de Grouew (XIII) ? Dans tous les cas, en effet, c'est l'occlusion intestinale reconnaissant la même cause : des brides ou des adhérences développées dans la région iléo-cæcale.

Chez plusieurs de nos sujets, les symptômes ont suivi une marche moins aiguë, évoluant à bas bruit et se traduisant seulement par un simple ralentissement de la circulation intestinale et des douleurs dans la fosse iliaque droite.

Or nous allons voir qu'en dehors de toute intervention chirurgicale, les mêmes lésions s'accompagnent des mêmes signes. Dans plus d'une appendicite ancienne, les lésions vermiculaires peuvent, en effet, persister insignifiantes, guérir même, alors que l'inflammation continue son œuvre dans les divers organes où elle s'est propagée.

Les adhérences péri-appendiculaires prennent dès lors un rôle prépondérant dans la pathogénie des symptômes présentés par le malade et, pour Monod et Vanverts, les rechutes au cours de l'appendicite chronique peuvent dépendre des lésions péri-appendiculaires, qui demeurent après une première attaque et sont souvent le point de départ d'une nouvelle crise. De même, Brun, dans son article du *Traité des maladies de l'enfance*, constate que dans les cas « où les accidents d'appendicite chronique existent à l'état permanent, sous forme de douleurs vagues, de tiraillements localisés à la fosse iliaque droite, gênant la marche et s'exagérant à la moindre fatigue, sans que la palpation fournisse aucun renseignement, ces douleurs spéciales sont souvent sous la dépendance d'adhérences épiplœiques. »

Certains auteurs se sont même demandés si l'inflammation de l'appendice était douloureuse et si les douleurs ne pouvaient

pas être dues à la névralgie des nerfs de la paroi abdominale (Lejars) ou aux adhérences avec le péritoine pariétal (Lennander). A la Société de chirurgie de Paris, au cours d'une discussion suscitée par la communication de M. Guinard sur les erreurs de diagnostic causées par l'appendicite, M. Moty soutenait que l'appendicite peut évoluer insidieusement pendant de longues années.

L'appendice malade ne causerait par lui-même aucune douleur spontanée, sauf de très courtes sensations de contracture lancinante; il ne commencerait à devenir douloureux que quand l'inflammation de la muqueuse se propage au péritoine ou au tissu cellulaire du méso. Alors interviennent les adhérences, qui doivent être rendues responsables des tiraillements douloureux et des troubles fonctionnels présentés par le malade. D'ailleurs, leur libération a souvent suffi à empêcher ces accidents de se reproduire, au moins si le processus inflammatoire était du côté de l'appendice. Il en fut ainsi dans le cas de cet enfant qu'on amena à Quénu (1) après trois ou quatre rechutes successives. La laparotomie conduisit sur une masse formée par le grand épiploon, au-dessus duquel se trouvait le cæcum perdu dans un magma d'adhérences, au milieu desquelles il fut impossible de trouver l'appendice. On referma le ventre et depuis lors la guérison ne s'est pas démentie.

En résumé, et à un point de vue très général, il existe des adhérences péritonéales s'accompagnant de douleurs et de troubles fonctionnels. Ces adhérences reconnaissent pour cause l'infection; celle-ci, localisée au niveau de l'appendice vermiculaire, va provoquer dans ce cas particulier les mêmes réactions de la séreuse, avec les mêmes conséquences: d'où une symptomatologie analogue à celle présentée par nos malades porteurs d'adhérences post-opératoires. Celles-ci n'ont d'ailleurs rien de spécial à l'appendicectomie.

Les faits de ce genre sont devenus très fréquents depuis que Spencer Wells signalait pour la première fois, en 1860, l'occlu-

(1) Société de chirurgie, 26 novembre 1893.

sion intestinale après la laparotomie. Souvent l'arrêt des matières survient aussitôt l'opération, par suite de spasme ou de position vicieuse de l'intestin; mais, comme chez plusieurs de nos malades, l'occlusion peut se produire de longs mois après la laparotomie. Ainsi, chez une femme ovariectomisée par Sondtag et chez une autre à qui Terrillon fit l'ablation d'un volumineux fibrome, les symptômes apparurent neuf mois après. Une seconde laparotomie permit de libérer des adhérences de l'intestin et de l'épiploon aux surfaces cruentées et de guérir consécutivement ces deux malades.

Que de femmes ainsi privées de leurs annexes par une opération antérieure ont dû subir une seconde laparotomie pour des douleurs persistantes, cessant lorsque furent détruites les adhérences, résultat des dénudations péritonéales produites à la première opération et non réparées !

Combien, aussi, de poussées d'épiploïte consécutives à la cure radicale des hernies, amenant des troubles fonctionnels du côté de l'estomac ou de l'intestin, avec tiraillements douloureux incessants, le tout disparaissant après la destruction des adhérences épiploïques !

En définitive, l'étude que nous venons de faire des adhérences péritonéales au double point de vue étiologique post-inflammatoire et post-opératoire (nous verrons plus tard que ces deux causes doivent être ramenées à une seule) nous montre qu'il n'y a rien de bien spécial dans l'histoire de nos malades.

Ils souffrent, leur intestin fonctionne mal, une deuxième opération est utile à leur guérison, rien dans tout cela qui doive nous étonner, puisque dans tous les cas que nous venons d'étudier nous avons rencontré les mêmes causes s'accompagnant des mêmes effets.

Et c'en serait assez pour légitimer le développement que nous avons donné à ce chapitre en cherchant à rassembler les points importants de l'histoire des adhérences péritonéales que nous avons trouvés épars dans la littérature médicale.



## CHAPITRE V

---

### SYMPTOMATOLOGIE

Si nous cherchons à établir la date d'apparition des symptômes présentés par nos malades, nous voyons qu'elle est essentiellement variable. Certains d'entre eux ont commencé à souffrir dès leur sortie de l'hôpital (Obs. I, II, III, IV, VI, IX) ; dans les trois cas signalés par Pletnew, le début des troubles post-opératoires a eu lieu de deux à cinq mois après l'appendicectomie, alors que chez le malade de Richelot (XVI) la guérison ne s'est démentie que dix-sept mois plus tard.

Dès cette période de début, nous pouvons reconnaître deux formes cliniques nettement distinctes. Toutes deux présentant, d'ailleurs, les symptômes capitaux de douleur abdominale et de ralentissement (ou arrêt) de la circulation intestinale, mais dans une forme les accidents affectent une marche aiguë, ils sont chroniques chez les autres malades.

Dans la forme chronique, le début a été le plus souvent insidieux, sauf chez la malade de l'Observation VIII qui, en excellente santé pendant les trois mois qui suivirent l'opération et n'ayant à aucun moment souffert du ventre, fut prise subitement de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite. Chez beaucoup de nos malades les suites opératoires ont donc été bonnes : le sujet, allégé du lourd fardeau qu'était son appendice, s'est d'abord déclaré enchanté de son opération. D'autres, cependant, ont dès leur convalescence ressenti dans la fosse iliaque droite une gêne qui a sans doute été mise par l'entourage sur le compte du traumatisme opératoire. Puis peu à peu sont apparus

une sorte de pesanteur, des tiraillements, des lancées douloureuses. Intermittents d'abord, ces symptômes ont cédé au repos ; mais bientôt les douleurs sont devenues plus vives et à peu près continues. Certains opérés ont ainsi présenté des symptômes douloureux permanents, mais frustes, ne les empêchant pas de continuer leur genre de vie ; d'autres ont eu à des intervalles plus ou moins éloignés des crises paroxystiques très violentes, accompagnées de nausées ou de vomissements, les obligeant à garder le lit où d'ailleurs ils ne trouvaient pas toujours le soulagement cherché (Obs. VIII).

Dans tous les cas, le point de départ de ces douleurs est nettement localisé à la fosse iliaque droite, et chez les sujets présentant des irradiations dans les diverses parties de l'abdomen, c'est toujours dans la région iléo-cæcale que siège le maximum de la douleur. Notons aussi que ces phénomènes douloureux sont défavorablement influencés par la station debout, la marche et toutes les causes de fatigue.

L'étude de nos observations nous montre qu'au point de vue fonctionnel la presque totalité de nos malades sont des constipés. Ce sont, en effet, outre les symptômes douloureux, des phénomènes d'obstruction ou de subobstruction intestinales qui vont traduire la présence des adhérences péri-cæcales.

Certains sujets étaient constipés avant l'appendicectomie, et alors les phénomènes de stase ont été s'accroissant ; chez les autres, l'intestin est devenu paresseux depuis l'opération. On a pu croire d'abord, devant ces troubles, à l'influence d'un séjour prolongé au lit ; on espère que, les anciennes habitudes reprises, les fonctions intestinales vont se régulariser. Il n'en est rien : au contraire, la constipation légère au début devient bientôt opiniâtre ; les laxatifs et les lavements sont administrés avec d'autant moins de succès qu'ils sont répétés plus souvent, les selles se font de plus en plus rares et bientôt une véritable subobstruction intestinale peut s'installer en permanence.

Chez une de nos malades (Obs III), cette constipation revenait par périodes, suivies de débâcle diarrhéique. L'arrêt des matières peut ainsi persister une dizaine de jours, et c'est précisé-

ment pendant ces crises de subobstruction que les phénomènes douloureux sont particulièrement intenses. Alors l'abdomen peut devenir très ballonné, les anses intestinales se dessinant sous la peau ; des vomissements apparaissent fréquemment, pouvant renfermer seulement des aliments ou de la bile, ou être nettement fécaloïdes.

Se basant sur la constatation des phénomènes douloureux ou des signes d'obstruction, on pourrait distinguer une forme douloureuse et une forme obstructive. Mais la plupart de nos malades ont présenté au complet et seulement avec des variantes de détail le tableau clinique que nous avons essayé de fixer. Et les paroxysmes des douleurs coïncidant avec la constipation plus violente, les phénomènes nous paraissent trop sous la dépendance les uns des autres pour être ainsi dissociés.

L'examen physique de notre malade ne nous apprendra souvent rien de bien précis. Nous ne retrouvons rien à l'inspection du ventre : pas de cicatrice anormale ou d'événtration suffisante qui puissent nous donner l'explication des douleurs. La palpation réveille toujours une assez vive sensibilité dans la fosse iliaque droite, dont la souplesse reste ordinairement normale. Chez un seul malade, la main exploratrice a pu sentir un froissement neigeux très net. Dans les cas où le processus de réaction se localise sur l'épiploon pour y acquérir une importance excessive, amenant la formation de véritables tumeurs épiploïques, celles-ci pourront être senties par la palpation et décelées aussi par la percussion donnant à leur niveau une aire de matité d'autant plus nette que les anses intestinales dilatées en amont donneront ailleurs du tympanisme.

Du côté des selles, il faut noter une particularité intéressante, sur laquelle nous reviendrons dans un chapitre suivant : deux de nos malades (Obs. V et VIII) ont remarqué après leur opération qu'elles expulsaient des membranes par l'anus. Toutes deux affirment n'avoir rien constaté de semblable avant l'appendicectomie.

La stase des matières dans le canal intestinal entraîne tout naturellement la perte de l'appétit ; et cette anorexie peut

amener, comme chez plusieurs de nos malades, une déperdition des forces et un amaigrissement assez considérables.

L'examen du système nerveux, dans les cas où il a été pratiqué, n'a rien décelé d'anormal et les observations ne signalent pas de zones anesthésiques ou hyperesthésiques, ni de réflexes anormaux. Il convient d'insister sur ce point : certains tempéraments réagissent plus vivement que d'autres aux mêmes impressions douloureuses, soit, mais un examen attentif permettra au médecin d'être en garde contre la tendance trop fréquente à accuser de névropathie les sujets présentant, comme les nôtres, des douleurs excessives par rapport aux signes physiques fournis par l'investigation clinique.

La forme aiguë diffère totalement du type que nous venons de décrire.

Ici, le début est toujours bruyant et soudain; il survient, d'après nos observations, plus longtemps après la laparotomie que dans la forme chronique.

Disons aussi que cette forme peut être l'aboutissant de la précédente.

La douleur est encore ici le symptôme initial; c'est elle qui attire l'attention du malade. En général, elle est soudaine et sans cause, violente et atroce dans la plupart des cas. Le malade la compare au coup de poignard abdominal qui marqua le début de son appendicite. Elle peut être continue, ou survenir par crises; localisée habituellement dans le flanc droit où la pression l'exagère, elle peut ensuite se généraliser à tout l'abdomen, conservant son maximum à son point d'origine.

La constipation est le symptôme le plus caractéristique de l'affection. Pendant les premières heures, un arrêt complet des matières peut s'installer, surtout si le malade a vidé depuis peu le segment terminal de son intestin, et la circulation des gaz peut encore se faire librement pendant quelques heures. Mais bientôt ceux-ci eux-mêmes ne passent plus: c'est alors le tableau de l'occlusion intestinale banale, car chez aucun de nos malades nous n'avons relevé de caractères particuliers de cette obstruction tenant à sa cause spéciale et permettant d'appuyer le diagnostic étiologique.

Les lavements et purgatifs sont administrés sans résultats ; des vomissements apparaissent, d'abord alimentaires, puis bilieux, qui prennent rapidement le caractère fécaloïde. Le ventre va se ballonner : on peut apercevoir les anses intestinales qui se dessinent sous la paroi abdominale antérieure. Le facies s'altère pour prendre le type péritonéal : yeux excavés, nez pincé, langue sèche.

La palpation de l'abdomen est douloureuse et sa percussion peut déceler de la submatité dans la fosse iliaque droite (Obs. X), et une sonorité exagérée ailleurs.

Le pouls devient petit et fréquent, sans que, le plus souvent, la température s'élève notablement au-dessus de la normale. Et le malade va s'amoindrissant ; l'état général s'aggrave d'heure en heure : c'est la mort imminente que seule l'intervention précoce du chirurgien pourra écarter pour un temps.

Ainsi, deux grands symptômes nous frappent dans les observations de nos malades : d'une part, les phénomènes douloureux très variables, depuis la gêne légère jusqu'aux coliques violentes, et les symptômes de stase intestinale d'autre part, comprenant tous les degrés entre le simple ralentissement de la circulation des matières et leur arrêt absolu. Ce seront surtout ces deux ordres de signes qui nous aideront à établir notre diagnostic.

---



## CHAPITRE VI

---

### ETIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Les adhérences péritonéales étant, suivant le mot de Lejars, « un moyen de défense universel » de la séreuse contre l'infection, pour connaître leur étiologie, il va nous falloir étudier les causes possibles d'inflammation du péritoine chez les opérés d'appendicectomie.

Il est naturel de penser tout d'abord que l'infection qui siégeait sur l'appendice s'est propagée au péritoine voisin et que la réaction de celui-ci s'est effectuée lentement, les exsudats s'organisant timidement au début, en raison du petit nombre ou de la virulence atténuée des microbes. Puis les adhérences et les brides s'individualisent nettement, prennent une consistance fibreuse, se rétractent, et dès lors traduisent leur présence en provoquant des troubles douloureux ou fonctionnels au niveau des organes qu'elles croisent ou sur lesquels elles prennent insertion.

En un mot, ces adhérences et ces brides seraient des lésions de péri-appendicite.

Ce doit être là la cause la plus habituelle de l'infection péritonéale : malgré l'ablation du foyer infectieux, malgré la cautérisation du moignon appendiculaire et la toilette péritonéale, quelques microbes subsistant sur la séreuse constituent une infection atténuée contre laquelle le péritoine va se défendre grâce aux exsudats organisés bientôt en fibres et en membranes.

En outre, malgré la rigoureuse asepsie dont les chirurgiens s'entourent, il faut reconnaître comme possible l'infection par leurs mains ou celles de leurs aides et par les instruments.

Les fils de soie ont été aussi très souvent rendus responsables des complications septiques des opérations où ils étaient employés. On les utilise de moins en moins pour les ligatures intra-abdominales, car on a constaté qu'ils ne se résorbaient pas. Restant au sein des tissus, ils y jouent le rôle d'épine inflammatoire, favorisant les infections en enrayant les moyens de défense de l'organisme. Puis l'asepsie de ces fils est toujours douteuse: employés sous forme de tresses, ils présentent une infinité d'alvéoles d'où il est difficile de déloger les microbes.

L'observation suivante, que nous empruntons à la thèse de Chapon et l'observation XVIII empruntée à Schwartz montrent la possibilité d'un tel mode d'infection :

#### OBSERVATION XXVI

Mélanie P..., trente-quatre ans, entrée le 8 mai 1899, avait été opérée en 1897 d'un kyste de l'ovaire droit et, quatre mois après l'opération, elle eut des crises douloureuses intermittentes, douleurs nettement localisées dans la fosse iliaque droite, vomissements pendant les périodes douloureuses, œdème du membre inférieur droit.

M. Poirier fait une laparotomie latérale. Appendice adhérent, plaqué contre les vaisseaux iliaques. Dissection difficile de haut en bas. Le sommet de l'appendice adhère au bord du ligament large, dans la région du pédicule ovarien. En ce point, maximum d'adhérences. En ce moment, un fil de soie en contact intime avec l'appendice est extrait. Rupture des adhérences, résection de l'appendice. Drains. Suture. Guérison définitive.

La malade, revue en avril 1901, ne souffre plus.

L'Observation XVIII montre, en outre, que ces soies peuvent être le point de départ non seulement de simples fibres, mais de véritables tumeurs inflammatoires.

Avant de sectionner l'appendice, c'est au catgut que les chirurgiens pratiquent aujourd'hui sa ligature. Or celui-ci se résorbe rapidement et, dès lors, on ne peut guère, à moins d'admettre une réaction très lente du péritoine ou une tolérance

excessive de l'organisme, on ne peut guère lui imputer les adhérences constatées ou soupçonnées plusieurs mois seulement après l'opération. Quoique très rare, l'infection par le catgut existe, puisque Schnitzler la prend sur le fait chez un de ses opérés, mort quatorze jours après une laparotomie. « La plaie opératoire était parfaitement aseptique, mais on trouva une goutte de pus au niveau de deux ligatures faites au catgut, et pourtant il n'y avait eu après l'opération aucune manifestation inflammatoire » (1). Sur 26 cas d'épiploite consécutive à la cure radicale des hernies, Gourdon signale ainsi 18 fois l'emploi de la soie et 8 fois celui du catgut. Dans les 38 cas rapportés par Leroy, la soie avait été employée 27 fois, le catgut 11 fois.

Il existe, d'autre part, dans la littérature médicale quelques faits très nets où l'opéré a été accusé d'être le propre facteur de son infection, en déplaçant son pansement, ainsi qu'on le voit faire journellement aux malades dans les hôpitaux, ou en passant les mains sur sa plaie (2).

Sans doute, le réveil tardif des accidents milite contre l'hypothèse d'une infection primitive suivant un des modes ci-dessus exposés. Cependant, remarquons que beaucoup de nos malades (Obs. I, II, III, IV) ont commencé à souffrir à leur lever, et dès lors, pourquoi la réaction péritonéale n'aurait-elle pas débuté aussitôt l'intervention, pour ne se révéler qu'au moment où l'opéré essaie de marcher ou de reprendre sa vie coutumière ?

En outre, tant que les adhérences sont encore lâches et molles, le cours des matières n'est pas entravé et le sujet n'accuse pas de douleurs ; mais dès qu'elles commencent à se rétracter, les douleurs vont apparaître et le passage des matières va devenir de plus en plus difficile jusqu'à l'occlusion complète.

Dans les cas d'accidents à longue échéance, l'hypothèse d'une infection primitive, qui resterait latente pendant si longtemps, peut céder le pas à celle plus vraisemblable de Duplay (3) pour

(1) GOURDON, Thèse de Paris 1903-1904.

(2) ROCHE, Thèse de Montpellier 1896.

(3) DUPLAY, Cliniques de l'Hôtel-Dieu, Paris, 1898.

qui l'infection secondaire viendrait se localiser soit par voie sanguine, soit par toute autre voie au niveau du corps étranger ou du point traumatisé.

Il doit d'ailleurs exister des causes prédisposant à la formation des adhérences péritonéales.

A un point de vue général, Pletnev admet que la diathèse arthritique aurait pour conséquences un développement anormal du tissu conjonctif avec tendance à l'hyperplasie et dégénérescence fibreuse. En outre, les trois cas qu'il cite concernent des femmes, et l'auteur incrimine l'union étroite qui existe entre l'appendice et l'ovaire droit par l'intermédiaire du ligament utéro-ovarien de Clado. Pendant l'opération, ce ligament étant plus ou moins traumatisé, l'influence des règles hyperhémiant l'ovaire amènerait la formation d'adhérences inflammatoires.

Nous pourrions admettre que dans certains cas l'influence du voisinage des organes génitaux puisse se faire sentir sur la région appendiculaire; mais alors la complication que nous étudions devrait être beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme: or, sur les 19 observations que nous avons pu rassembler, nous trouvons qu'il s'agissait 11 fois de sujets mâles.

Chez 9 de nos malades l'appendicectomie a été faite à chaud; dans quelques cas seulement, c'est en dehors des crises qu'on est intervenu.

Nous aurions voulu pouvoir tirer quelques indications de thérapeutique préventive quant au mode de traitement du moignon après résection de l'appendice; malheureusement, nos observations sont muettes sur ce point de technique opératoire. Il est certain que la présence dans la cavité abdominale de la surface cruentée d'un moignon non inclus doit presque fatalement entraîner la production d'adhérences du péritoine à ce niveau.

Par sa position juste au-devant de l'appendice enflammé, l'épiploon sera particulièrement exposé à l'infection (nous avons vu au chapitre de l'anatomie pathologique combien étaient fréquentes les lésions de l'épiploon). Aussi conviendra-t-il, au

cours de l'intervention, de bien vérifier son état et réséquer les parties enflammées pour ne pas s'exposer plus tard à des poussées d'épiploïtes aboutissant à la formation d'adhérences ou de tumeurs épiploïques.

C'est cette infection de l'épiploon qui, dans le cas un peu spécial de Schnitzler (Obs. XIX), amena la production d'une tumeur épiploïque d'origine inflammatoire présentant avec l'intestin les adhérences multiples, causes de l'obstruction. Et cependant Dambrin, qui préconise l'emploi des greffes épiploïques formant manchon autour de l'intestin dans le traitement des lésions de cet organe par contusion abdominale, et qui expérimenta sur des animaux, n'a jamais rien observé de semblable.

Nous avons vu dans un chapitre précédent le rôle des traumatismes dans la production des adhérences péritonéales. Sans aller jusqu'à prétendre avec Byron Robinson que les traumatismes du muscle psoas peuvent faire éclore l'appendicite, on peut admettre au moins qu'il y a là une cause prédisposant à la formation des adhérences. L'auteur de cette théorie signale, d'ailleurs, qu'on rencontre des adhérences péritonéales autour du cæcum et autour de l'iléon terminal quand ces organes se trouvent dans le champ d'action du psoas.

Mais toutes ces causes prédisposantes ne sont, au fond, qu'hypothétiques. Une seule ressort très nettement à la lecture de nos observations : c'est la suppuration. Dans deux cas, en effet (Obs. XII et XVI), les auteurs n'indiquent pas si les malades ont suppuré à un moment quelconque ; trois fois ils mentionnent l'absence de suppuration (Obs. II, XV et XVIII). Tous nos autres malades ont suppuré : chez les uns, la première laparotomie a fait découvrir une collection purulente péri-cæcale ou intra-appendiculaire (Obs. I, III, IV, VII, XI et XVII) nécessitant un drainage consécutif ; ce drainage semble n'avoir été que préventif chez d'autres (Obs. XIX), mais la suppuration post-opératoire est mentionnée dans l'histoire des malades des autres observations, suppuration provenant le plus souvent du foyer vermiculaire, et dans un cas de la paroi abdominale (Obs. XIII). Deux fois il existait des fistules stercorales (Obs. X et XIV).

C'est pour arrêter les progrès de l'infection et la suppuration que se développent ainsi les adhérences péritonéales : elles jouent donc d'abord un rôle bienfaisant ; mais en se développant outre mesure, elles arrivent à produire du côté du tractus intestinal divers accidents dont nous allons chercher maintenant à expliquer la pathogénie.

- Dans mainte intervention, on a pu découvrir des adhérences péritonéales considérables ne déterminant aucun symptôme douloureux ; dans d'autres cas, on a vu des brides insignifiantes provoquer des douleurs intolérables. D'où provient cette différence ?

Le péritoine est peut-être, à l'état normal, l'organe le plus insensible de notre organisme : une fois la paroi abdominale incisée, on pourrait sans anesthésie faire une suture intestinale, car seul le péritoine pariétal paraît enregistrer les irritations douloureuses.

Mais une séreuse qui présente des adhérences ne doit plus être considérée comme normale. La pathologie générale ne nous permet-elle pas de penser que dans les cas d'adhérences douloureuses l'inflammation est venue multiplier une sensibilité obtuse : ne voit-on pas les os, les articulations, les tendons, les muscles, offrant à l'état normal une sensibilité obtuse, donner lieu à des douleurs très vives dès qu'ils sont atteints par l'inflammation ? Et dès lors, pourquoi ne pas admettre également pour le péritoine que, suivant l'expression de Claude Bernard, « normalement il existe une sensibilité qui d'obscur devient évidente » dans les inflammations ?

Ces explications sont valables pour les sensations douloureuses accompagnant les réactions péritonéales à la phase aiguë ; mais peuvent-elles suffire chez nos malades ? Nous ne le pensons pas ; il nous faut faire intervenir d'autres facteurs.

Et d'abord, constatons que chez tous nos sujets les adhérences et les brides croisaient le cæcum ou l'intestin grêle, ou s'inséraient sur une de ces portions du canal intestinal.

Dès lors, à la sensibilité propre que pourra avoir le péritoine enflammé localement et chroniquement s'ajouteront les phéno-

mènes de gêne due à ce voisinage des lésions de la séreuse. Les sensations douloureuses doivent ainsi reconnaître, pour une grande part, une origine mécanique : les différentes parties de l'intestin étant essentiellement mobiles, qu'un lien quelconque vienne porter obstacle à l'accomplissement de ces mouvements, il y aura tiraillements du lien transmis à ses points d'insertion, avec aplatissement des parties sous-jacentes ; en outre, le péristaltisme de l'intestin étant contrarié, sa contraction devient douloureuse, la circulation des matières se fait mal : c'est la colique, plus ou moins intense selon l'importance de l'obstacle à vaincre.

Puis, les phénomènes de constipation et de douleur, reconnaissant une même cause, s'enchainent et s'influencent réciproquement ; gênée dans ses fonctions, l'ampoule cæcale se vide mal et, alourdie par les matières qu'elle renferme, les tiraillements qu'elle exerce par l'intermédiaire des adhérences sur les plexus et ganglions nerveux sont d'autant plus douloureux et deviennent incessants.

L'intensité de ces douleurs doit être influencée par l'étendue des adhérences ; nous comprenons comment des adhérences volumineuses peuvent être moins douloureuses que d'autres beaucoup moins importantes. Ces faits dépendront sans doute des points d'implantation des membranes ou des brides ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Duvergey, « lorsqu'il existe une véritable symphyse cæcale, le cæcum est comme soutenu de toutes parts ; par suite, les tractions qu'il exerce du fait de sa pesanteur se répartissant sur une plus grande surface exercent de moindres effets. »

Enfin, un point qui aura une grande importance pour expliquer certaines sensations douloureuses persistantes, c'est l'irritabilité du sujet. Bien que nous n'ayons relevé aucune tare nerveuse dans nos observations, « on peut dire, à propos de ces adhérences péritonéales peu étendues donnant lieu à des symptômes d'importance disproportionnée, ce qu'on a dit des varicocèles douloureux, des noyaux de mastite à forme névralgique : ce n'est pas la lésion qui est douloureuse, mais le sujet qui est par trop irritable. »

En étudiant la pathogénie des symptômes douloureux, nous avons été amené à dire quelques mots de celle des phénomènes obstructifs. Il est clair, en effet, que quelle que soit la partie de l'intestin enserrée ou bridée, nous aurons un retentissement sur la circulation de son contenu. Et à cela il y a une double cause, nous l'avons vu : par le seul fait de sa présence, le produit de péritonite plastique gênera la libre circulation des matières et la contraction des fibres musculaires de l'intestin favorisant cette circulation ne pourra se faire que difficilement.

Chez plusieurs de nos malades, au lieu de constipation chronique, nous avons eu des phénomènes d'occlusion aiguë. Le mécanisme de ces obstructions subites et complètes n'offre rien de particulier : une anse intestinale est venue s'engager sous une bride, l'intestin est distendu au delà et se coude ou s'étrangle au niveau de l'obstacle ; ou bien la fixité de l'iléon aura facilité la torsion du reste de l'intestin ; enfin, deux anses étant accolées pourront en enserrer une troisième ou, gênées dans leurs mouvements, se distendre et se couder.

Dans la production de ces divers phénomènes pathologiques, il n'y a donc au fond rien que de très normal, étant données les lésions que nous avons constatées dans un chapitre précédent, et que nous avons vu traduire leur présence par des douleurs et des troubles fonctionnels variables avec leur siège.

Aux tiraillements et lancées douloureuses, aux coliques accusés par nos malades, nous comparons les phénomènes gastralgiques dus à des adhérences entre l'estomac et le péritoine pariétal ou le foie, les véritables coliques hépatiques cédant à la libération d'adhérences péricholécystiques ou péricholédociennes consécutives à des inflammations de voisinage.

Et parallèlement aux troubles fonctionnels enregistrés chez nos malades, on trouve dans ces cas des perturbations profondes dans les fonctions de l'estomac et la circulation biliaire.

Avant de clore ce chapitre, il nous faut envisager une complication que nous avons retrouvée chez deux de nos malades et nous demander dans quelles mesures son apparition a pu être influencée par la présence d'adhérences post-opératoires. Nous

voulons parler des phénomènes d'entérite membraneuse présentés par les sujets des Observations V et VIII.

Ce sont des femmes qui toutes deux ont constaté depuis leur appendicectomie la présence de membranes dans leurs selles et affirment n'avoir rien vu de semblable avant l'opération. Elles n'ont donc pas été opérées d'une typhocolite muco-membraneuse qu'elles n'avaient pas, d'ailleurs ; mais, ce qui est pire, l'appendicectomie aurait déterminé chez elles l'apparition des symptômes de l'entérite membraneuse. Et voilà de nouveaux balafres pour Plombières et Châtelguyon !

Avec quelle fougue, M. Dieulafoy défendait à la tribune de l'Académie de médecine la cause de ces infortunés, opérés d'appendicite, à tort, disait-il, puisque ces opérés continuaient à souffrir et à rendre des membranes comme avant leur opération !

Nous ne nous attarderons pas à discuter l'influence de l'appendicectomie sur l'évolution d'une entéro-colite antérieure, bien qu'au cours de ces débats M. Richelot ait rapporté dix observations de troubles abdominaux d'entéro-colite ayant disparu après l'appendicectomie, et que P. Reclus ait cité de nombreuses guérisons et des améliorations plus nombreuses encore, obtenues grâce au traitement chirurgical. Mais en reprenant les cas sur lesquels M. Dieulafoy échafaude sa critique, nous ne pouvons nous empêcher de nous demander si les douleurs présentées par ces opérés ne provenaient pas d'adhérences péri-cæcales, au moins chez un certain nombre d'entre eux.

Pourquoi n'en serait-il pas ainsi ? Pourquoi ne pas admettre, avec M. Le Dentu, que s'il a pu y avoir quelques appendices enlevés qui, macroscopiquement, microscopiquement même étaient sains, un nombre aussi considérable d'erreurs complètes est excessif ? Et d'ailleurs, comment oser critiquer une thérapeutique sincère sur les racontars d'un malade ! « Je vois bien, Monsieur, que je n'avais pas l'appendicite, car ça n'a servi à rien de m'opérer : j'ai les mêmes crises douloureuses dans les mêmes endroits ». Et c'est avec des arguments de cette valeur que le professeur Dieulafoy part en guerre contre les chirurgiens !

Pourquoi n'accorderait-on pas un crédit au moins égal à l'affirmation du chirurgien consciencieux, souvent éminent, qui a dans ces cas porté le diagnostic d'appendicite avant d'ouvrir le ventre du patient ? Et, dès lors, pourquoi ne nous est-il pas permis de voir dans ces phénomènes douloureux des conséquences des adhérences péritonéales ?

Outre les douleurs, les malades de Dieulafoy voyaient leurs selles telles qu'elles étaient avant l'opération. Chez nos deux opérées, l'apparition des membranes a été consécutive à l'ablation du vermium.

Si nous étudions la pathogénie de l'entérite muco-membraneuse, nous voyons que, d'après Langenhagen, l'apparition des glaires et des membranes dans les selles est toujours consécutive à la constipation. Et pour Combes (1), de Lausanne, toute stase du contenu intestinal réalise toutes conditions nécessaires à la production de l'entéro-colite chronique glaireuse et membraneuse. Les matières s'accumulant, par leur putréfaction irritent, infectent, enflamment la muqueuse de l'intestin, d'où entérite.

Ces conditions de stase intestinale sont bien remplies chez nos malades, grâce aux adhérences limitant les mouvements de l'intestin ou aux brides diminuant son calibre et lui faisant subir des changements de position qui rétrécissent la lumière du conduit.

Ainsi pourraient être expliquées l'apparition des symptômes d'entérite membraneuse chez nos malades et leur réapparition ou leur persistance chez les « balafrés de Plombières et de Châtelguyon ». Les déclarations de Paul Reynier confirmeraient cette façon de voir, quand il disait au cours des débats provoqués par la communication de M. Dieulafoy : « Quelquefois des adhérences persistent, qui entretiennent l'entéralgie. Il m'est arrivé de réopérer dernièrement un malade auquel j'avais enlevé l'appendice malade, qui avait des crises d'entéralgie membraneuse persistantes et qui furent amendées et disparurent fina-

(1) COMBES, Traitement de l'entérite muco-membraneuse. Baillière, Paris, 1908.

lement par le fait de la section de brides épiploïques qui unissaient la partie inférieure du cæcum à l'intestin et comprimait la valvule iléo-cæcale » (1).

(1) Bulletin de l'Académie de médecine, 12 juin 1906.

---



## CHAPITRE VII

---

### ÉVOLUTION — PRONOSTIC

L'évolution du syndrome dû aux adhérences péritonéales survenant après l'appendicectomie varie essentiellement d'une forme à l'autre.

Dans la forme chronique, la durée est indéfinie. L'intensité des douleurs variant avec l'étendue ou la localisation des adhérences et avec le tempérament nerveux du sujet, s'il ne survient pas d'arrêt complet des matières intestinales, le malade pourra, selon les cas, supporter assez stoïquement son mal, auquel la thérapeutique médicale apportera quelques soulagements; ou au contraire, les douleurs étant intolérables, certains malades viendront implorer du chirurgien une nouvelle intervention. Et, de fait, la vie de ces malheureux est singulièrement attristée par ces douleurs incessantes; véritables infirmes, ils sont parfois dans l'obligation de renoncer à leurs occupations, ou même de garder le lit. Dès lors, on comprend que chez les sujets prédisposés puissent se développer des névroses, par un mécanisme qui rentre dans ce qu'on a décrit sous le nom d'« hystéro-neurasthénie par traumatisme interne » (Levrey).

La constipation opiniâtre peut, chez ces malades, occasionner de profondes modifications de l'état général: elle arrive à provoquer de l'anorexie et de la dyspepsie, provoquant un amaigrissement qui peut conduire le sujet à une véritable cachexie. Enfin elle peut devenir l'origine de congestions locales des organes abdominaux, de résorptions putrides et d'auto-intoxications qui provoquent des migraines, de la céphalée continue et des troubles nerveux pouvant aller jusqu'aux accès convulsifs.

Il est possible, aussi, que ces adhérences post-opératoires, surtout celles de l'épiploon, amènent des ptoses viscérales, ptoses de l'estomac en particulier, avec toutes leurs conséquences.

D'ailleurs, le pronostic de cette forme chronique, en apparence bénigne, doit toujours être réservé, puisque nous avons vu qu'elle pouvait passer brusquement à la forme aiguë.

Les porteurs d'adhérences péritonéales sont, en effet, sous la menace de poussées d'obstruction intestinale compromettant la vie du malade, soit qu'elles aboutissent à la cachexie, soit qu'elles se terminent par le terrible syndrome de l'occlusion intestinale aiguë. Dans cinq de nos observations (IX, X, XI, XIV et XV), l'intervention chirurgicale n'a pas suffi à écarter la mort.

---

## CHAPITRE VIII

---

### DIAGNOSTIC

Nous avons à envisager deux cas, suivant que les symptômes affectent une marche aiguë ou chronique.

En face d'un individu pris en pleine santé apparente de violentes douleurs abdominales, d'éruclations, de nausées, puis de vomissements alimentaires, bilieux ou fécaloïdes, et dans l'impossibilité absolue d'émettre des matières et des gaz par l'anus, après avoir écarté la possibilité d'une hernie étranglée ou de coliques hépatiques, on n'hésite pas à porter le diagnostic d'occlusion intestinale.

La difficulté consiste à rapporter cette occlusion à sa cause véritable. En effet, dans le tableau symptomatique que nous avons essayé de tracer, nous ne trouvons aucun signe particulier à l'occlusion survenant après l'appendicectomie : tout se ressemble, ici, comme dans l'occlusion pour toute autre cause.

Le diagnostic étiologique ne pourra être établi nettement que grâce à l'interrogatoire, qui apprendra l'opération antérieure. Souvent, c'est en découvrant le malade pour procéder à l'examen de l'abdomen qu'on songera à la cause possible de l'affection en voyant la balafre caractéristique. En tout cas, l'esprit averti devra songer à cette complication de l'intervention et discuter l'hypothèse d'occlusion par adhérences post-opératoires.

Le siège ou la prédominance dans la région cæcale des douleurs exagérées par la pression en cet endroit devient un signe de valeur. La situation exacte de l'obstacle pourra être reconnue grâce au signe de Laugier : si les brides enserrant la fin de

l'intestin grêle, la région ombilicale est soulevée et le flanc aplati; au contraire, le clapotement dans la fosse iliaque droite, avec tuméfaction et météorisme dans cette région indiquent, d'après Bouveret, une dilatation cæcale par obstacle au-dessous de l'ampoule.

Mais, malgré tous ces signes, le clinicien éprouvera souvent les plus grandes difficultés à reconnaître non seulement le siège, mais encore la cause véritable de l'occlusion aiguë.

Dans les cas où l'affection présente le type chronique, c'est également aux antécédents du malade qu'il faudra demander le signe de probabilité mettant sur la voie du diagnostic étiologique.

Encore faudra-t-il accueillir les déclarations du sujet avec moins de complaisance ou d'empressement que ne le fait M. Dieulafoy pour servir sa thèse. Il faudra être certain, en effet, que l'appendicite a bien été traitée par l'extirpation et non par l'incision simple. Car si l'appendice a été laissé en place, les phénomènes peuvent être dus à des poussées d'appendicite chronique, caractérisées par des troubles dyspeptiques avec phénomènes douloureux dans la moitié droite du ventre, en tout semblables à ceux présentés par nos malades.

On ne se hâtera pas non plus de traiter de névropathe un malade présentant un point de Mac Burney sensible, sous prétexte que ses douleurs ne peuvent être rapportées à l'appendice, celui-ci ayant été réséqué. Mais en face d'un sujet présentant des douleurs spontanées et provoquées dans la fosse iliaque droite, une constipation plus ou moins opiniâtre, le tout survenant après ablation de l'appendice, on aura de grandes chances de porter un diagnostic exact en imputant ces phénomènes aux adhérences péri-cæcales post-opératoires.

Pour M. Duvergey, la constatation de froissement neigeux à la palpation de la fosse iliaque aurait une importance capitale pour affirmer le diagnostic.

Il faudra donc étudier avec soin les antécédents du malade, en se méfiant des irradiations vers la fosse iliaque des douleurs des coliques hépatiques, néphrétiques ou utérines.

Si, en effet, comme l'ont montré les communications de

Guinard (1), il faut songer à l'appendicécalgie chaque fois qu'on examine un « déséquilibré du ventre », il faut se garder d'une généralisation trop rapide. Ainsi Weiss communiquait à la Société de médecine de Nancy (2) l'observation d'un malade présentant tous les signes d'une appendicite chronique pour laquelle une intervention fut pratiquée, qui amena la découverte dans le cæcum d'un os avalé deux mois avant et dont le malade n'avait pas cru devoir parler à son médecin.

Bien s'enquérir, par conséquent, de la présence possible d'un corps étranger dans la région malade.

Enfin dans certains cas, il sera particulièrement difficile de préciser la cause des phénomènes morbides, tant le complexe symptomatique des adhérences péri-cæcales peut se rapprocher de l'entérite muco-membraneuse. Dans cette dernière, il y a peut-être une diffusion plus grande des douleurs, qui sous forme de coliques intestinales occupent les trois portions du côlon; en outre, en l'absence de crises, l'examen permettra d'explorer la condition spasmodique et douloureuse du gros intestin, dans le cas d'entéro-colite.

Mais nous avons vu qu'il pouvait y avoir coexistence d'adhérences péritonéales et d'entérite; il nous faudra alors reconnaître ce qui revient à l'une et aux autres dans les signes cliniques présentés par le sujet. Là encore, il faudra serrer de près l'interrogatoire pour connaître exactement la date d'apparition dans les selles de mucosités, de membranes ou de sable, et faire ainsi de l'entérite une maladie préexistante à l'appendicéctomie, ou une de ses complications par le mécanisme que nous avons étudié dans un chapitre précédent.

Chez trois de nos malades (Obs. IX, XVIII et XIX), la réaction épiploïque a abouti à la formation d'une tumeur inflammatoire, très volumineuse dans le cas emprunté à Schnitzler. On pourra alors hésiter dans le diagnostic et penser à un néoplasme de cette région ou à la tuberculose chronique du cæcum.

(1) Académie de médecine.

(2) *Revue médicale de l'Est*.

L'aspect nodulaire de la production, des symptômes diarrhéiques, la constatation de signes corrélatifs au niveau des autres organes, et surtout la présence de bacilles de Koch dans les selles permettront de conclure au tuberculome hypertrophique du cæcum.

Le carcinome sera généralement de consistance plus dure ; plus nettement circonscrit, il donnera lieu à des hémorragies fréquentes et abondantes et retentira plus rapidement sur l'état général du sujet.

D'ailleurs, là encore, il suffira le plus souvent d'être prévenu de l'existence de cette complication de l'appendicectomie que nous venons d'étudier, pour poser le diagnostic avec certitude.

---

## CHAPITRE IX

---

### TRAITEMENT

Deux cas se présentent : ou nous serons appelés auprès d'un malade opéré depuis un certain temps d'appendicite et présentant tous les signes d'occlusion intestinale aiguë, ou bien c'est un malade à qui l'on aura également pratiqué la résection du vermis, qui viendra nous demander de le débarrasser de ses douleurs ou de rendre moins opiniâtre sa constipation.

Dans le premier cas, l'opportunité d'une intervention chirurgicale ne peut être discutée longtemps. Cependant, quand on aura une occlusion à symptômes peu bruyants, on pourra essayer des moyens palliatifs habituels, mais avec prudence et sans perdre un temps qui est précieux, puisque de la précocité de l'intervention dépend souvent son succès.

La laparotomie sera donc pratiquée de préférence au niveau de l'ancienne cicatrice, à moins que divers symptômes aient pu faire pressentir la réaction péritonéale plastique en des points plus éloignés de l'ancien champ opératoire.

Le chirurgien devra alors redoubler de précautions en arrivant sur le péritoine et l'épiploon, les adhérences étant si solides dans certains cas que lorsqu'on cherche à les détruire c'est la paroi de l'intestin qui cède. On ne se contentera pas de détruire la bride, cause apparente de l'occlusion, il faudra rechercher très minutieusement s'il n'existe pas des adhérences ailleurs, pratiquer pour cela l'éviscération si elle est nécessaire, pour ne pas être obligé d'intervenir peut-être une troisième fois.

Enfin et surtout, suivant le conseil de M. Duvergey, il faudra

supprimer toute surface dépolie ou cruentée et pratiquer pour cela l'enfouissement, l'excision ou l'extériorisation de toutes les surfaces d'implantation des adhérences. On ne devra refermer le ventre qu'après s'être assuré qu'on a pratiqué partout une péritonisation parfaite, et cela sous peine de récidives.

Dans la forme chronique, le chirurgien n'aura plus la main forcée par les événements et pourra essayer du traitement médical, qui a suffi pour améliorer l'état de plusieurs de nos malades (Obs. V, VI, VII). « Il est, en effet, dit Nicaise, des adhérences qui s'allongent, s'amincissent et finissent par disparaître peu à peu, aussi ne faudra-t-il pas toujours se hâter d'intervenir. »

La compression du ventre par une ceinture de flanelle ou autre pourra apporter parfois quelque soulagement au malade ; de même, le massage de l'abdomen.

Quand les douleurs reviennent par crise, une amélioration pourra être obtenue par l'application de glace *loco dolenti* ; une malade de M. Duvergey se trouva très soulagée par des applications chaudes et humides sur la fosse iliaque droite.

Il faudra, en outre, combattre les autres symptômes : éviter par des laxatifs ou des purgatifs et par des lavements la stase des matières intestinales, puisque nous avons vu que les douleurs étaient plus vives lorsque l'ampoule cæcale distendue exerçait des tiraillements sur les adhérences et qu'une constipation opiniâtre était souvent à l'origine de l'entéro-colite membraneuse. On pourra en tout cas instituer un régime approprié, et si les membranes persistent dans les selles, nos balafres pourront alors prendre le chemin de Châtelguyon ou de Plombières.

En cas d'inefficacité de la thérapeutique médicale et sans s'attarder à l'emploi des antinervins, on devra faire bénéficier ces malades des ressources de la chirurgie. Une seconde laparotomie sera alors pratiquée suivant la technique que nous avons indiquée plus haut.

Et nous devons nous demander maintenant si tous ces accidents ne peuvent être évités, s'il existe des précautions préven-

tives permettant de combattre la formation des adhérences post-opératoires.

Nous avons remarqué déjà que malheureusement la plupart de nos observations manquaient de détails sur la technique opératoire. Nous avons relevé une plus grande fréquence de la complication dans les interventions faites à chaud. Mais le chirurgien n'intervient au moment de la crise appendiculaire que lorsque la marche des événements l'y oblige. Rencontrant des adhérences dans une intervention à chaud, on sera tenu le plus souvent de les respecter et dès lors il sera impossible de prévenir la complication que nous étudions. Rencontrées au cours d'une appendicectomie à froid, toutes les adhérences péri-appendiculaires devront être, au contraire, dans la mesure du possible, soigneusement sectionnées après ligature, tandis que les surfaces d'implantation seront méticuleusement enfouies. Sans qu'il y ait réaction péritonéale post-opératoire, les adhérences préexistantes pourraient, en effet, en se rétractant ultérieurement, amener la production des symptômes présentés par nos malades.

La toilette péritonéale devra être faite aussi aseptique que possible et le chirurgien et ses aides redoubleront de précautions pour éviter toute chance d'infection. Pour Richarz, en effet, deux surfaces séreuses cruentées en contact pourraient contracter des adhérences sans qu'il y ait infection; en revanche, si une seule surface est dénudée de péritoine, l'infection est nécessaire à la production de ces adhérences.

Les fils de soie semblant avoir un désavantage marqué sur le catgut, c'est avec ce dernier qu'on fera toutes les ligatures intra-péritonéales, en particulier celles de l'appendice avant sa résection.

C'est surtout dans le traitement du moignon qu'on devra redoubler de précautions, en cherchant à éviter toute cause d'adhérences ultérieures.

A cet effet, le moignon, touché au thermocautère, sera soigneusement enfoui dans la paroi du cæcum, et par-dessus cette invagination les parois du cæcum seront suturées au catgut pour éviter la présence d'une surface cruentée à ce niveau.

Enfin nous avons vu que souvent les adhérences étaient d'origine épiploïque : l'épiploon aura pu s'infecter au contact de l'appendice enflammé. D'où la nécessité de vérifier son état et de réséquer, suivant le conseil de Walther (1), toutes les parties enflammées en évitant une ligature en masse qui donnerait un moignon volumineux et se nourrissant mal.

On s'est préoccupé depuis longtemps d'opposer un traitement actif à la production des adhérences péritonéales post-opératoires, et Müller (2), à Berlin, s'était fait le défenseur d'une méthode préconisant l'introduction de liquides antiseptiques dans le péritoine.

En 1889, Balinski (3), après des expériences sur les animaux, concluait, au contraire, que c'est quand on s'abstient d'introduire un liquide quelconque qu'on a les meilleurs résultats.

Au cours de ces dernières années, on est revenu cependant aux idées de Müller : les badigeonnages d'huile d'olive stérilisée, d'aristol, de collodion, les feuilles d'argent ou de magnésium, les solutions de gélatine et de formaline, de gutta-percha dans le chloroforme, le bisulfure de carbone ou le xylol ont été tour à tour préconisées.

A tous ces agents, Ellis préfère les feuilles de cellulöidine durcies par le martelage et stérilisées par un séjour dans le sublimé. Enfin, tout récemment, un autre chirurgien américain, Marvel, publiait les résultats heureux qu'il aurait obtenus grâce aux irrigations avec l'adrénaline en solution à 0,02 pour 100 dans l'eau salée physiologique, la température du liquide variant entre 37°7 et 43°.

Nous ne saurions avoir une opinion personnelle sur la valeur de cette thérapeutique préventive, car les expériences n'ont guère été tentées en France. Le nombre excessif des moyens proposés par les chirurgiens tendrait à prouver leur inefficacité ; une bonne technique opératoire donnera sans doute de bien meilleurs résultats.

(1) Société de chirurgie, 8 mars 1905.

(2) *Deutsch. Zeits. für Chir.*, 1887.

(3) *Berl. klin. Woch.*, 1889.

## CONCLUSIONS

---

L'appendicectomie peut donner lieu à une complication post-opératoire de l'appendicite, due à l'existence d'adhérences péritonéales.

Ces adhérences sont le plus souvent péri-cæcales : très rares au niveau du moignon appendiculaire, elles sont fréquemment d'origine épiploïque et peuvent s'insérer sur la paroi abdominale antérieure, le cæcum ou la partie terminale de l'iléon.

Elles traduisent, dans ce cas particulier, la réaction de la séreuse à l'infection, comme dans tous les cas de péritonite plastique survenant après une inflammation abdominale ou consécutive à une laparotomie et donnant lieu à des troubles fonctionnels et douloureux.

Au point de vue symptomatique, il existe deux types cliniques. Dans la forme chronique, le malade présente des phénomènes douloureux dans la fosse iliaque droite, avec subobstruction intestinale. Chez d'autres malades, une véritable occlusion aiguë s'installe d'emblée.

Ces phénomènes douloureux et obstructifs sont dus à la présence des adhérences ou brides péritonéales, qui rétrécissent la lumière du canal intestinal, s'opposent à la contractilité de ses parois et exercent des tiraillements au niveau de leurs points d'implantation, tiraillements transmis aux plexus nerveux.

En face d'un malade présentant des douleurs dans la fosse iliaque droite avec ralentissement ou arrêt de la circulation des matières, la notion d'une appendicectomie antérieure mettra sur la voie du diagnostic.

Le traitement préventif consistera à opérer le plus aseptique-

ment possible, à détruire les adhérences déjà existantes, à éviter enfin toute surface cruentée amorçant le cloisonnement de la cavité péritonéale.

Les ressources du traitement médical pourront suffire dans certains cas à soulager les malades, mais le véritable traitement curatif sera chirurgical et visera la destruction des adhérences et leur péritonisation; dans les cas où cette destruction sera impossible, le chirurgien aura recours à l'entéro-anastomose.

Vu, bon à imprimer :  
*Le Président de la Thèse,*  
LANELONGUE.

Vu : *Le Doyen,*  
A. PITRES.

Vu, et permis d'imprimer :  
Bordeaux, le 10 mars 1908.  
*Le Recteur de l'Académie,*  
R. THAMIN.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BÉRA. — Complications post-opératoires immédiates et éloignées de l'appendicite. Thèse de Paris 1899-1900.
- BROCA (A.). — Leçons cliniques de chirurgie infantile. Paris, Masson, 1902.
- CHAPON. — 62 cas d'appendicite opérés. Thèse de Paris 1900-1901.
- COCHOT. — Complications post-opératoires de l'appendicite. Thèse de Paris 1898-1899.
- COITTIER. — L'avenir des appendiculaires. Thèse de Paris 1898-1899.
- COLLAS. — De l'occlusion intestinale consécutive aux laparotomies. Thèse de Paris 1889-1890.
- COMBES. — Traitement de l'entérite muco-membraneuse. Paris, Baillière, 1908.
- DAMBRIN. — Recherches sur l'anatomie pathologique et le traitement de l'intestin dans les contusions abdominales. Thèse de Paris 1902-1903.
- DIEULAFOY. — Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, mai-juin 1906.
- DUMOULIN. — *Journal des Praticiens*, 1898.
- DUPLAY. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu. Paris, Masson, 1898.
- DUVERGEY. — *Gaz. hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 2 décembre 1906.
- EMERSON BREWER. — *Annals of surgery*, 2<sup>e</sup> semestre 1898.
- FOLLIOU. — Des occlusions intestinales vraies de cause appendiculaire. Thèse de Bordeaux 1904-1905.
- FOURNIER (A.). — Adhérences; *In* Dict. de méd. et chir. pratiques. Paris, Baillière, 1864.
- GOURDON. — Epiploïtes consécutives à la cure des hernies. Thèse de Paris 1901-1902.
- GROUWÉ. — Des occlusions intestinales appendiculaires. Thèse de Paris 1905-1906.
- GUINARD. — Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1904.
- JALAGUIER. — Appendicite. *In* Traité de chirurgie Duplay-Reclus. Paris, Masson, 1898.

- KOEBERLÉ. — *Gazette des Hôpitaux*, 1867.
- KOUIDJY. — Appendicectomie, difficultés de l'opération et accidents.
- LAFONT. — Kyste de l'ovaire adhérent au foie. Thèse de Lyon 1900-1901.
- LANDER BRUNTON. — Suites et résultats du traitement opératoire de l'appendicite. Soc. roy. méd. et chir. de Londres, 28 février 1903.
- LANDERER. — Zür Chir. des Magens. *Minch. med. Woch.*, 1893.
- LAPIERRE. — De l'enfouissement du moignon appendiculaire. Thèse de Bordeaux 1906-1907.
- LEGUEU. — Traitement de l'appendicite. Paris, Masson, 1899.
- LEROY. — Des épiploïtes. Thèse de Lille 1904-1905.
- LEVREY. — Du rôle de l'épiploïte au cours des appendicites. Thèse de Paris 1898-1899.
- LONGUET. — Traitement chirurgical de l'angiocholite non calculeuse. Thèse de Paris 1896.
- MARCLAND. — Contribution à l'étude anatomique et anatomo-pathologique de l'appendice et des appendicites. Thèse de Paris 1901-1902.
- MARION. — *Gazette des Hôpitaux*, 1900.
- MARVEL. — *Journ. of the Am. med. Associat.*, 21 septembre 1907.
- MONOD et VANVERTS. — Traité de technique opératoire. Masson, 1902.
- L'appendicite. Masson, éditeur à Paris.
- MORESTIN. — *Gaz. des Hôp.*, 27 novembre 1900.
- MÜLLER. — *Deutsch. Zeits. für Chirurgie*, 1887.
- NOUAILLES. — Traitement chirurgical des appendicites. Thèse de Bordeaux 1892-1893.
- PAUCHET. — *Gaz. méd. de Picardie*, 1900.
- PHOCAS. — Appendicite, péritonites appendiculaires. Thèse de Paris 1897-1898.
- PLETNEV et MINTZ. — Pseudo-appendicite consécutive à l'appendicectomie. *Chirurgia*, juin 1905; in *Presse méd.*, 1<sup>re</sup> septembre 1906.
- QUÉNU. — Bull. de la Soc. de chir. de Paris, 26 novembre 1893.
- ROCHE. — Epiploïte après la cure radicale des hernies. Thèse de Montpellier 1894-1895.
- SAINT-RENÉ-BONNET. — Crises et douleurs appendiculaires. *Poitou médical*, 1907.
- SCHNITZLER. — *Wiener klinische Rundschau*, 1898.
- SCHWARTZ. — Pseudo-appendicite. Bull. de la Soc. de chir. de Paris, 1902.
- SONNTAG. — *Berl. klin. Woch.*, décembre 1887.
- SPENCER WELLS. — *Med. Times and Gazette*, 10 mars 1860.
- TERRIER. — Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 8 juin 1892 et 16 mai 1894.
- TERRILLON. — *Annales de gynécologie*, mars 1892.

TRICOMI. — *La Terapia moderna*, 1892.

TUJA. — Des occlusions intestinales après la laparotomie. Thèse de Lyon 1894-1895.

VENOT. — Occlusion intestinale au cours d'une appendicite. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 novembre 1907.

VIELLE. — Thèse de Bordeaux 1903-1904.

VIGNAUD. — Thèse de Paris 1899-1900.

VIOLET (H.). — Les adhérences péritonéales douloureuses. *Gaz. des Hôp.*, 18 avril 1907.

WALTHER. — Appendicite chronique. Société de chirurgie de Paris, 1900.

— Epiploïte et appendicite. Société de chirurgie de Paris, 1903.

WEISS. — Pseudo-appendicite. *Rev. méd. de l'Est*, 1900.









